

**Caren Weilandt, Alexander Rommel, Uwe Raven**

**Gutachten zur  
psychischen, psychosozialen  
und psychosomatischen Gesundheit  
und Versorgung von Migrantinnen in NRW**

**Enquêtekommission  
"Zukunft einer frauengerechten  
Gesundheitsversorgung in NRW"**

Bonn, 28. Februar 2003

*TH-P16C-GA-1102-Ilre*

Caren Weilandt, Alexander Rommel, Uwe Raven

# **Gutachten zur psychischen, psychosozialen und psychosomatischen Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in NRW**

## **AnsprechpartnerInnen**

|                                      |                  |
|--------------------------------------|------------------|
| Dr. Caren Weilandt (Projektleiterin) | (0228) 81 04-182 |
| Alexander Rommel                     | (0228) 81 04-169 |
| Dr. Uwe Raven                        | (0228) 81 04-170 |

Wissenschaftliches Institut der Ärzte  
Deutschlands (WIAD) gem. e.V.  
Godesberger Allee 54  
53175 Bonn

|           |  |
|-----------|--|
| Telefax:  | (0228) 8104-155                                |
| E-Mail:   | <a href="mailto:wiad@wiad.de">wiad@wiad.de</a> |
| Homepage: | <a href="http://www.wiad.de">www.wiad.de</a>   |

# Inhalt

|  | <b>Seite</b> |
|--|--------------|
| <b>Kurzfassung der Ergebnisse</b>  | <b>1</b>     |
| <b>1. Einleitung</b>   | <b>7</b>     |
| <b>2. Soziodemographische Merkmale der Migrantinnen und Migranten in Nordrhein-Westfalen</b>                       | <b>11</b>    |
| <b>3. Daten und Erkenntnisse zur psychischen, psychosomatischen und psychosozialen Gesundheit von Migrantinnen</b> | <b>18</b>    |
| <b>3.1 Datenlage</b>   | <b>18</b>    |
| <b>3.2 Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen</b>   | <b>21</b>    |
| <b>3.3 Surveyauswertungen</b>  | <b>38</b>    |
| <b>3.3.1 Gesundheitssurveys</b>  | <b>38</b>    |
| <b>3.3.2 Das Sozio-ökonomische Panel</b>   | <b>41</b>    |
| <b>3.3.3 Der Ausländersurvey</b>   | <b>43</b>    |
| <b>3.4 Ergebnisse aus der internationalen Literatur</b>  | <b>46</b>    |
| <b>4. Psychische Gesundheit und Migration</b>  | <b>57</b>    |
| <b>4.1 Einleitung</b>  | <b>57</b>    |
| <b>4.2 Kultur- und religionsspezifische Vorstellungen von psychischer Gesundheit/Krankheit</b>                     | <b>59</b>    |
| <b>4.3 Unterschiede zwischen Definitionen, Erklärungsmodellen und Behandlungskonzepten von Krankheiten</b>         | <b>61</b>    |
| <b>4.4 Bedeutung von Migrationshintergründen für psychische Gesundheit</b>   | <b>65</b>    |
| <b>4.5 Kultursensible Versorgung - Möglichkeiten und Grenzen</b>   | <b>67</b>    |
| <b>4.6 Prävalenz und Inzidenz psychischer Erkrankungen bei Migrantinnen</b>  | <b>68</b>    |
| <b>4.7 Gewalt gegen Frauen und Menschenhandel</b>  | <b>72</b>    |

|           |   |            |
|-----------|---|------------|
| <b>5.</b> | <b>Medizinische und psychosoziale Versorgung bei psychischen Erkrankungen</b>   | <b>80</b>  |
| 5.1       | Amtliche und verbandliche Statistiken zur Beteiligung von MigrantInnen an Berufen der medizinischen, paramedizinischen, psychologischen und sozialpflegerischen Betreuung | 80         |
| 5.1.1     | <i>Medizinische und psychologische Betreuung</i>  | 80         |
| 5.1.2     | <i>Paramedizinische und sozialpflegerische Berufe</i>   | 89         |
| 5.2       | Zulassungsordnung   | 93         |
| 5.3       | Inanspruchnahme volksmedizinischer Praktiken  | 95         |
| 5.4       | Kulturell und religiös bedingte Konzepte von Gesundheit und Krankheit in der psychosozialen Versorgung  | 99         |
| 5.5       | Darstellung spezifischer Vorsorge- und Versorgungsangebote in Nordrhein-Westfalen   | 102        |
| 5.6       | Modelle und Angebote anderer Bundesländer   | 112        |
| <b>6.</b> | <b>Analyse von Defiziten</b>  | <b>117</b> |
| 6.1       | Forschung/Forschungsförderung: Migrationsforschung unter geschlechtsspezifischer Perspektive  | 117        |
| 6.2       | Gesundheitsberichterstattung (GBE)  | 118        |
| 6.3       | Psychosoziale/psychiatrische Versorgung   | 120        |
| 6.4       | Aus-, Fort- und Weiterbildung   | 122        |
| 6.5       | Prävention und Selbsthilfe  | 123        |
| <b>7.</b> | <b>Handlungsempfehlungen</b>  | <b>126</b> |
| <b>8.</b> | <b>Kriterien zur Beurteilung von Institutionen im Hinblick auf Gender- und Cultural Mainstreaming</b>   | <b>134</b> |
|           | <b>Literatur</b>  | <b>140</b> |
|           | <b>Anhang</b>   | <b>147</b> |

*„Frauen sind zugleich Akteurinnen und Opfer der Migration.“*

Boos-Nünning, U. & Arat, N. (1998): Frauen unter den Bedingungen der Migration, in: Koch E. et al. (Hrsg.): Chancen und Risiken von Migration, Freiburg, S. 293

*„Die Migrationen stellen vielmehr die Folge der politischen und wirtschaftlichen Globalisierung dar, verbunden mit den technischen Fortschritten auf dem Gebiet des Verkehrs- und Nachrichtenwesens. Wir haben es also mit einer unumkehrbaren und wohl auch fortschreitenden Entwicklung zu tun. Es ist nötig, diese Realität anzuerkennen und sich auf die daraus erwachsenden Aufgaben einzustellen, die wohl alle Bereiche des öffentlichen Lebens betreffen, nicht zuletzt den Gesundheitsdienst. Gewiss geht es dabei auch um die Anpassung der Zugewanderten an die hiesigen Verhältnisse, um ihre Hinführung zu den Erfordernissen und Möglichkeiten moderner Medizin. Zugleich bedarf es aber der verständnisvollen Hinwendung der Eingesessenen zu den neuen Mitbürgern, gerade auch hinsichtlich ihrer Vorstellungen und Bedürfnisse im Bereich von Gesundheit und Krankheit. Das bedeutet beidseitige Veränderungen.“*

Pfeiffer, W.M. (1998): Krankheitskonzepte in der multikulturellen Gesellschaft, in: Kiesel, D. & Lüpke, H. [Hrsg.]: Vom Wahn und vom Sinn. Frankfurt a. M., S. 25

## Kurzfassung der Ergebnisse

Etwa ein Viertel der nicht deutschen Mitbürgerinnen und Mitbürger in der Bundesrepublik Deutschland leben in Nordrhein-Westfalen. Eine **Gesamtzahl** von etwa **2 Millionen** Menschen entspricht dabei einem **AusländerInnenanteil** von etwa **11%**. Fast die Hälfte der nicht deutschen Mitbürgerinnen und Mitbürger stammen aus der Türkei oder aus einem der Länder des ehemaligen Jugoslawiens. Nimmt man die weiteren europäischen Anwerbeländer (Griechenland, Italien, Portugal und Spanien) hinzu, so kommt man auf einen Anteil von fast 65%. Der **Frauenanteil** ist unter diesen Nationalitäten niedriger als in der deutschen Bevölkerung und liegt **zwischen gut 40 und unter 50%** (Kapitel 2).

In der **schulischen und beruflichen Bildung** wie auch auf dem Arbeitsmarkt sind **Migrantinnen** und Migranten nach wie vor **benachteiligt**. **Besonders hervorzuheben sind Frauen der ersten EinwanderInnengeneration** und unter diesen wiederum besonders die Türkinnen. Wesentlich häufiger als ihre Männer weisen sie weder einen Schul- noch einen Ausbildungsabschluss auf und entsprechend ist **über die Hälfte der berufstätigen nicht deutschen Frauen in un- oder angelernter Tätigkeit beschäftigt**. Ein weiterhin großer Teil dieser Frauen ist in der Familien- und Hausarbeit tätig, die Erwerbsquote unter nicht deutschen Frauen liegt deutlich niedriger als unter deutschen Frauen. Diese Benachteiligung der Migrantinnen im Allgemeinen und der Türkinnen im Besonderen ist auch in den nachfolgenden Generationen erhalten geblieben, allerdings ist **positiv anzumerken, dass sich besonders die Bildungsbenachteiligung nicht deutscher Frauen gegenüber den Männern abgebaut hat** (Kapitel 2).

### ➔ **Handlungsempfehlungen zu ‘Aus-, Fort- und Weiterbildung’<sup>1</sup>**

Die **Datenlage** zur psychischen, psychosomatischen und psychosozialen Gesundheit und Versorgung von MigrantInnen **ist als schlecht zu bezeichnen**. Generell sind wichtige Datenquellen der amtlichen Statistik nicht nach Nationalität und/oder Geschlecht differenziert verfügbar und valide Daten, die in das hier behandelte Themengebiet fallen, gibt es fast überhaupt nicht. Große Surveys berücksichtigen MigrantInnenpopulationen nur unzureichend oder beinhalten kaum gesundheitsrelevante Informationen. Hinzu kommt der methodisch und damit auch ergebnisbezogen unzureichende Status Quo der migrationsbezogenen Epidemiologie und Sozialepidemiologie in Deutschland. Während es vor diesem Hintergrund dennoch erste Ansätze zu einer migrantInnen-spezifischen Gesundheitsberichterstattung zu verzeichnen gibt, **kann von einer durchgehend geschlechtssensiblen Gesundheitsberichterstattung bzw. von einer Gesundheitsberichterstattung zum Thema psychische, psychosomatische und psychosoziale Gesundheit und Versorgung für diese Bevölkerungsgruppe nicht gesprochen werden** (Kapitel 3.1 und 4.6).

### ➔ **Handlungsempfehlungen zu ‘Forschung’ und ‘Gesundheitsberichterstattung’**

---

<sup>1</sup> In dieser Weise erfolgt hier und im weiteren der Verweis auf die Handlungsempfehlungen in Kapitel 7.

Auch wenn verlässliche Ergebnisse zum Krankheitsaufkommen in der MigrantInnenpopulation nicht vorliegen, so können gewisse Eindrücke aus verschiedenen Datenquellen immer wieder bestätigt und damit abgesichert werden. Laut den Statistiken zu medizinischen Rehabilitationsleistungen sind **berufstätige Migrantinnen im Vergleich zu anderen Gruppen Berufstätiger auffallend häufig aufgrund von Depressionen und somatoformen Störungen in rehabilitativer Behandlung**. Beide Diagnosen, die häufig Teil ein und desselben diagnostischen und therapeutischen Komplexes sind, treten **besonders gehäuft unter Migrantinnen mittlerer und höherer Altersgruppen** auf. Bestätigt wird dieses altersspezifische Phänomen durch Surveyauswertungen, nach denen das allgemeine, aber auch soziale und psychische Wohlbefinden vor allem unter älteren Migrantinnen subjektiv als besonders negativ empfunden wird. Insgesamt **stärker betroffen als andere Gruppen sind Migrantinnen** darüber hinaus **von psychischen bzw. psychosomatischen Reaktionen**, denen per se nicht zwangsläufig ein Krankheitswert zugeschrieben werden kann (z.B. Magenbeschwerden, Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Müdigkeit, Antriebslosigkeit, Nervosität, Überforderung im Alltag etc.) (Kapitel 3.2, 3.3, 4.1 und 4.6).

Auch die Forschung aus anderen Ländern bestätigt tendenziell die größere Anfälligkeit von Migrantinnen besonders der höheren Altersgruppen für Depressionen und damit verbundene Erscheinungen sowie für psychosomatische Erkrankungen (Somatisierungstendenzen). Weitere **Faktoren, die mit einer schlechteren mentalen Gesundheit negativ in Verbindung gebracht werden, sind unzureichende Sprachkenntnisse, generell ein geringer Grad an Akkulturation, Diskriminierung, Zukunftsangst bzw. -ungewissheit** und geschlechtsspezifisch die Qualität der berufsbezogenen Lebensumstände vor allem bei männlichen Migranten (aufgrund ihrer höheren Erwerbsquoten) **und die Qualität familiärer Beziehungen bei den Migrantinnen** (aufgrund deren häufigerer Verortung des Lebensmittelpunktes in der Familie) (Kapitel 3.3 und 3.4).

➔ **Handlungsempfehlungen zu 'Forschung' sowie zu 'Psychotherapeutische, psychosoziale und psychiatrische Versorgung'**

Als weitere Gruppe mit besonders belastendem Migrationshintergrund sind **traumatisierte Migrantinnen** zu bezeichnen. Diese zeichnen sich in aller Regel dadurch aus, dass sie **durch Flucht, Haft, Folter, Verfolgung, Menschenhandel oder sexuellen Missbrauch exponiert sind für psychische und psychosomatische Störungen** und besondere Ausprägungen derselben. Neben psychisch bedingten körperlichen Funktionsstörungen sind hier auch Suizidalität und Drogenmissbrauch zu nennen. Ein besonderes Problem stellt bei diesen Frauen die Aufgabe dar, diesen Kreislauf einer wenig konstruktiven Bewältigung zu durchbrechen, indem die traumatisierenden Ereignisse zum Thema des Therapieprozesses gemacht und damit wieder zu Bewusstsein geführt werden. Hier bedarf es besonders geschulten Personals, das mit den besonderen Problemlagen dieser Klientinnen umzugehen imstande ist. **Einer Therapie abträg-**

lich ist zudem, dass nachsorgende, also über die Akutversorgung hinausgehende, rehabilitative Behandlungen diesen Patientinnen in aller Regel nicht offenstehen (Kapitel 4.4 und 4.7).

Problematisch ist in diesem Zusammenhang auch die Lage von Frauen zu sehen, die als Opfer von **Menschenhandel** nach Deutschland gekommen sind und hier zumeist als **Prostituierte** arbeiten mussten. Diese sind einer professionellen Hilfe zumeist erst zugänglich, wenn sie den Kreislauf der Prostitution selbst durchbrochen haben. **Es wird bemängelt, dass es für diese Frauen zu wenige Hilfsangebote und Schutzräume gibt.** Die Rahmenbedingungen, um die Frauen auf eine Rückkehr in die Heimatländer vorzubereiten, sind demnach als ungünstig zu bewerten. **Als unbestritten gilt darüber hinaus generell, dass 'illegale' Migrantinnen besonders anfällig für psychische Belastungen sind,** da der ungesicherte Aufenthaltsstatus und die damit verbundene unklare Lebensperspektive einen permanenten Stressfaktor darstellen. **Besonders problematisch ist hierbei, dass die Regeldienste diesen Migrantinnen grundsätzlich nicht offen stehen** (Kapitel 4.4 und 4.7).

Schwer zu bewerten ist der Bereich der Gewalterfahrungen in regulär und teilweise schon über Generationen in Deutschland lebenden Migrantinnenpopulationen. Generell wurden Hinweise darauf gefunden, **dass Konflikt- und Gewalterfahrungen unter jugendlichen Arbeitsmigrantinnen häufiger beklagt werden** als in den entsprechenden Vergleichsgruppen. Zudem ist es die Erfahrung der befragten Expertinnen, **dass die Inanspruchnahme von Frauenhäusern durch Migrantinnen stark zugenommen hat.** Auch wenn man nicht pauschalisierend MigrantInnenfamilien ein größeres Gewaltpotential besonders gegenüber Frauen zuschreiben sollte, so **verweisen diese Ergebnisse doch auf eine Versorgungsnotlage, da die entsprechenden Hilfsangebote auf einen erhöhten Zustrom von Migrantinnen nicht eingerichtet sind.** Gerade Frauenhäuser haben z.B. oft nicht die Kapazitäten, Migrantinnen mit mehreren Kindern aufzunehmen, und die Aufgabe, das traditionelle Rollenmodell nach einer Loslösung vom Ehemann durch ein neues, moderneres zu ersetzen stellt viele BeraterInnen von Einrichtungen vor neue Aufgaben, mit denen sie bislang selten konfrontiert waren (Kapitel 3.4 und 4.7).

➔ ***Handlungsempfehlungen zu 'Besondere Zielgruppen', 'Psychotherapeutische, psychosoziale und psychiatrische Versorgung' sowie zu 'Kommunikation und Sprache'***

Der Spezifik der verschiedenen durch Migrationserfahrungen bestimmten Lebenssituationen wird im Krankheitsfall nur ein Zugang gerecht, bei dem die angeführten Faktoren durch die Professionellen nicht zuletzt auch geschlechtssensibel erkannt und anerkannt und entsprechend der Sprache des Herkunftslandes auch kommuniziert werden können. **Migrantinnen und Migranten selbst sind** jedoch, gemessen am Bevölkerungsanteil ihrer jeweiligen Nationalität, in



den Berufen der medizinischen, psychologischen, paramedizinischen und sozialpflegerischen Betreuung stark unterrepräsentiert. Dies trifft besonders auf die größten MigrantInnengruppen der Personen aus den ehemaligen Anwerbeländern zu. Diese Unterrepräsentation ist unter Ärztinnen stärker ausgeprägt als unter Ärzten und verstärkt sich in Bezug auf das Spezialgebiet der psychiatrischen, psychotherapeutischen und nervenärztlichen Versorgung. Für eine Patientin aus einer der am stärksten vertretenen Nationalitäten stehen pro Kammerbezirk jeweils nur sehr wenige oder gar keine niedergelassenen Mediziner dieser Fachgebiete aus dem eigenen Sprach- und Kulturkreis zur Verfügung. **Möchte eine nicht deutsche Patientin eine nicht deutsche Ärztin aus einem dieser Fachgebiete aufsuchen, die ihrem eigenen Sprach- und Kulturkreis entstammt, geht das Angebot gegen null.** Ähnlich stellt sich das Bild bei den Psychologinnen dar (Kapitel 5.1).

Sucht man nach den Gründen für diese Unterrepräsentation, so zeigt sich, dass teilweise auch die Zulassungs- und **Niederlassungsordnungen** der Ärztekammern bzw. Kassenärztlichen Vereinigungen betroffen sind. **Der Versorgungsauftrag ist prioritär auf die Flächendeckung bezogen.** Bevölkerungsstrukturelle Aspekte, die eine kultursensible Versorgung berücksichtigen könnten, haben bislang keinen Eingang gefunden. **Der Hauptgrund liegt jedoch in der Bildungsbenachteiligung** der größten MigrantInnenpopulationen. **ÄrztInnen und/oder PsychologInnen sind** in den vergangenen Jahrzehnten **nicht in hinreichender Zahl aus den Anwerbeländern eingewandert und in der Folgezeit nicht ausreichend nachgewachsen. Gesundheitspolitik ist hier vor allem auch Bildungspolitik** (Kapitel 2 und 5.2).

Zudem macht dieser Mangel an Fachkräften auch deutlich, dass ein **alternativer Weg der kulturspezifischen bzw. interkulturellen Sensibilisierung deutscher Fachkräfte** in Zukunft stärker zu beschreiten ist. Es ist in diesem Zusammenhang jedoch wichtig zu betonen, dass der Einsatz muttersprachlicher bzw. geschulter Fachkräfte an sich noch nicht zwangsläufig die entscheidende Wendung bringt. **Von größter Bedeutung ist vielmehr die flächendeckende interkulturelle Öffnung der Regeldienste.** Diese sollte nicht als einmalige Anstrengung sondern **als dauerhafter Prozess** verstanden werden. Zudem ist hier zu einem gemeinsamen Verständnis aller beteiligten AkteurInnen bezüglich dessen zu kommen, was interkulturelle Öffnung konkret bedeutet. Hier ist ein gemeinsamer Willensbildungs- und Entscheidungsprozess gefordert, der auf bestehende vielversprechende Ansätze (Checklisten) und Modelle zurückgreifen könnte (Kapitel 4.5, 5.5, 5.6 und 6.4).

- ➔ **Handlungsempfehlungen zu ‘Aus- Fort und Weiterbildung’, ‘Psychotherapeutische, psychosoziale und psychiatrische Versorgung’ sowie zu ‘Kommunikation und Sprache’**

Teilweise wird der Mangel an kultursensibler Professionalität dadurch aufzufangen versucht, dass besonders in der muslimischen Bevölkerung **traditionelle Heiler** (sogenannte **Hocas**) in

die Behandlung einbezogen werden. Diese sind nicht dem professionellen medizinischen System zuzurechnen. Sie sind jedoch im Gegensatz zu einem großen Teil des hiezulande ausgebildeten Fachpersonals stärker in der Lage, kulturspezifische und damit auch magisch oder religiös geprägte Krankheits- und Therapievorstellungen zu berücksichtigen. **Der Einbezug dieser Heiler wird von professionellen Helfern so lange neutral oder sogar positiv bewertet, wie zwischen Fachpersonal und Heiler ein gewisser Konsens über Diagnose, Therapie und Zuständigkeiten erreicht werden kann**, so dass den Heilern primär eine seelsorgerische und damit konstruktive Rolle zufällt (Kapitel 5.5).

**Sowohl magische und religiöse Krankheits- und Gesundheitskonzepte wie auch die Inanspruchnahme volksmedizinischer Praktiken gehen mit wachsender Sprachkompetenz und zunehmendem Bildungsniveau zurück.** Allerdings liegt genau hierin ein frauenspezifisches Problem begründet. Da besonders **ältere Migrantinnen**, aber auch viele jüngere **Heiratsmigrantinnen** aus den ehemaligen Anwerbeländern hier große Defizite aufweisen, sind sie **besonders exponiert, vom professionellen Medizinsystem nicht verstanden und daran anschließend von einem volksmedizinischen System fehl- oder unterversorgt zu werden** (Kapitel 5.3 und 4.3).

**Generell tendieren Patientinnen mit einem solchen Krankheitsverständnis verstärkt dazu, Krankheit in der Weise zu externalisieren**, dass sie als Strafe wegen des Verstoßes gegen religiöse Gesetze oder allgemein bei menschlichem Fehlverhalten empfunden werden. Diese als Außensanktionierung empfundene Krankheit erschwert es dem medizinischen System, Verhaltensweisen und eine Zusammenarbeit bei den Patientinnen zu fördern, die pathogenetische Faktoren zu bekämpfen sucht. Grundsätzliches Problem bei der Behandlung somatoformer oder psychosomatischer Beschwerden ist, **dass in den kulturell vermittelten Krankheitsvorstellungen die schulmedizinisch verankerte Trennung zwischen Soma und Psyche häufig nicht angelegt ist.** Es ist in diesem Zusammenhang auch die Aufgabe der behandelnden Personen, diese ganzheitlichen Vorstellungen oder Ausdrucksweisen der Patientinnen richtig zu interpretieren und einzubeziehen (Kapitel 4.2, 4.3 und 5.4).

Positiv zu vermerken ist, dass es besonders im Bereich der stationären Versorgung von MigrantInnen auch in Nordrhein-Westfalen **einige vielversprechende Ansätze einer kulturspezifischen Versorgung** gibt. Gerade im Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung und Rehabilitation scheint zunehmend ein Problembewusstsein bezüglich der Thematik der Versorgung von MigrantInnen Raum zu greifen. **Dabei werden auch die spezifischen Problemlagen bestimmter MigrantInnengruppen wie auch geschlechtsspezifisch gelagerte Belange berücksichtigt.** So gibt es besondere Suchtprogramme für MigrantInnen aus den GUS-Staaten und auch die **spezifischen Bedarfe psychosomatisch erkrankter Migrantinnen** (und Migranten) **werden zunehmend erkannt.** Auf diesen Ansätzen ist aufzubauen, indem spezifische Bedarfe auch quantitativ bestimmt und in eine angemessen breite Versorgungsstruktur überführt werden können (Kapitel 5.4 und 5.5).

Insgesamt **zu schwach ausgeprägt ist die Struktur von Beratungsstellen**, die sich schwerpunktmäßig mit der psychischen und psychosomatischen Gesundheit von Migrantinnen (und Migranten) befassen. **Gleiches gilt für die Selbsthilfe**, die in den MigrantInnenpopulationen verankert sein sollte. Beides ist nicht unabhängig voneinander zu denken, da beide Institutionen sowohl Anlaufstellen für Erstkontakte im Krankheitsfall darstellen (könnten) wie auch in der Nachsorge PatientInnen mit Migrationshintergrund wichtige Arbeit leisten (könnten). Zudem wird darauf hingewiesen, dass Selbsthilfe, um in ihrer Arbeit effektiv zu sein, der professionellen Begleitung durch BeraterInnen bedarf. **Ein Netz an Professionellen, die in der Lage sind, den MigrantInnengruppen beratend zur Seite zu stehen, könnte in einem solchen Szenario entlastende Aufgaben übernehmen**, indem die Zugänge ins Gesundheitssystem erleichtert und der Aufbau einer Selbsthilfe begleitet wird. **Grundsätzlich positiver ist die Lage in der psychosozialen Beratung und Betreuung zu bewerten**. Hier sehen auch die großen Wohlfahrtsverbände eines ihrer klassischen Arbeitsfelder und ihre flächendeckende Ausbreitung bietet ein großes Potential einer migrantinnengerechten Sozialarbeit (Kapitel 5.5 und 6.5).

- ➔ ***‘Generelle Empfehlungen’, Handlungsempfehlungen zu ‘Aus- Fort und Weiterbildung’, ‘Psychotherapeutische, psychosoziale und psychiatrische Versorgung’ sowie zu ‘Kommunikation und Sprache’***

Weitere Defizite sind auch im Bereich **Forschung/Forschungsförderung und Gesundheitsberichterstattung** zu sehen. Hier sind breit angelegte Prävalenz- und Inzidenzstudien auf den Weg zu bringen, bei denen die Migrantinnenpopulationen nicht nur nach Nationalität, sondern gegebenenfalls auch gemäß wichtiger Parameter typischer Migrationsbiographien systematisch einzubeziehen sind. **Ziel sollte es immer sein, repräsentative oder zumindest vergleichbare Parallelstichproben der deutschen Bevölkerung und nicht deutscher Subpopulationen zu erhalten**. Entsprechend angepasste Gesundheitssurveys würden auch eine unschätzbare Erweiterung der Datenlage darstellen, die einer migrantInnenbezogenen Gesundheitsberichterstattung zur Verfügung stünde. **Grundsätzlich stellt die Beschränkung der Gesundheitsberichterstattung auf das Differenzierungsmerkmal der Staatsangehörigkeit ein Defizit für sich dar. Eingebürgerte Personen, AussiedlerInnen und nachwachsende Generationen werden durch dieses Merkmal nicht mehr hinreichend oder überhaupt nicht erfasst**. Eine Modifizierung der amtlichen Statistik – z.B. in Form der Einbeziehung des Merkmals ‘Generation’ - könnte hier in vielen Bereichen hilfreich sein (Kapitel 3.1, 6.1 und 6.2).

- ➔ ***Handlungsempfehlungen zu ‘Forschung’ sowie zu ‘Gesundheitsberichterstattung’***

## 1. Einleitung

Ende 2000 lebten nach Angaben des Ausländerzentralregisters insgesamt 7.297 Mio. Menschen nicht deutscher Staatsangehörigkeit in Deutschland, was einem Anteil von ca. 8,9% an der Gesamtbevölkerung entspricht. Im europäischen Vergleich liegt diese Quote im oberen Bereich. Nordrhein-Westfalen ist das Bundesland, in dem, verglichen mit den anderen Bundesländern, die meisten MigrantInnen leben. In Nordrhein-Westfalen lebten Ende 2000 1.998 Mio. Ausländerinnen und Ausländer. Damit besaß etwa jede(r) neunte EinwohnerIn des Landes nicht die deutsche Staatsangehörigkeit. Hinzu kommen knapp 600.000 SpätaussiedlerInnen mit deutscher Staatsangehörigkeit, die in den Statistiken des Gesundheitswesens in der Regel nicht gesondert ausgewiesen sind. Des Weiteren ist davon auszugehen, dass eine nicht weiter quantifizierbare Anzahl von sogenannten „Illegalen“, d.h. Menschen ohne aufenthaltsrechtlichen Status, in Nordrhein-Westfalen leben. Über ein Viertel aller in Deutschland ansässiger MigrantInnen leben in Nordrhein-Westfalen.

Der AusländerInnenanteil lag in Nordrhein-Westfalen am 31.12.2000 bei 11,1%. Über 60% der in Nordrhein-Westfalen lebenden Menschen nicht deutscher Staatsangehörigkeit stammen aus den ehemaligen Anwerbeländern, d.h. der Türkei, Italien, Griechenland, Spanien, Portugal und dem ehem. Jugoslawien. Es ist evident, dass angesichts dieser Zahlen Migrantinnen und Migranten ein wesentlicher sozialer Faktor geworden sind, vor allem auch im System der gesundheitlichen Versorgung.

Der Prozess der Migration beinhaltet nicht nur die Verarbeitung vieler neuer Erfahrungen und Umstände, sondern auch den Umgang mit Verlusten und zieht normalerweise langwierige Adaptationsprozesse nach sich. Dieser Akkulturationsvorgang kann sehr stressbelastet sein und sowohl körperliche als auch psychische Anspannung nach sich ziehen. Der individuelle Verarbeitungsprozess wird in erheblichem Ausmaß mitbestimmt durch den psychosozialen Kontext und das soziale Klima, in dem die MigrantInnen leben. Migrations- und Akkulturationsprozesse sind jedoch nicht per se Ursache für psychische Erkrankungen, beeinflussen aber die gesundheitlichen Belastungen, da sie besondere Stressoren darstellen. „Das Risiko, in seelische Krisen zu geraten bzw. manifest zu erkranken oder dissoziale Verhaltensauffälligkeiten zu entwickeln, ist von den Sozialisationsbedingungen im Herkunftsland, von den Erlebnissen der z.T. komplexen Migrationsprozesse, von den Erfahrungen im Aufnahmeland sowie – und dies ist entscheidend – von den sozialen Lebensbedingungen, die man im Aufnahmeland aufbauen konnte, abhängig.“ (Collatz, 2001a, S. 56)

Migrantinnen bedürfen in diesem Zusammenhang aus folgenden Gründen einer besonderen Betrachtung:

- Viele Migrantinnen begleiten ihre Ehemänner und sind nicht selbst in den Arbeitsprozess und die soziale Umgebung in den Aufenthaltsländern integriert.

- Bei einigen Frauen ist auch der Aufenthaltsstatus an die Ehe geknüpft (vor allem sogenannte Heiratsmigrantinnen).
- Die meisten der Frauen sind nicht nur für ihre eigene Gesundheit verantwortlich, sondern auch für die Gesundheit anderer Familienmitglieder und im Besonderen für die ihrer Kinder.
- Ein anderer Aspekt ist, dass die Geschlechterrollen und das Verständnis von Gleichberechtigung und Chancengleichheit stark abweichen können von den Rollenerwartungen und gesellschaftlichen Normen der Herkunftsgesellschaft. Kulturelle Normen und hier insbesondere das Verständnis von Chancengleichheit und Gleichberechtigung können von dem hiesigen Verständnis dafür stark abweichen und die Frauen daran hindern, die Unterstützung in Anspruch zu nehmen, die ihnen zusteht.

Die spezifische Lebenssituation von Frauen hängt eng zusammen sowohl mit den psychosozialen Belastungen als auch den Ressourcen für Krankheitsbewältigung sowie dem Inanspruchnahmeverhalten von Gesundheitsversorgungsleistungen. Migrantinnen sind in mehrfacher Weise betroffen: Zu den jeweiligen Rollenzuschreibungen kommen nicht selten Kommunikationsprobleme, unterschiedliche religiös bedingte Verhaltensmuster und Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit.

Wenn man die psychische und psychosoziale Situation und Versorgung von Migrantinnen untersucht, stößt man auf eine mehrdimensionale Problemstellung, die eine Verknüpfung von körperlichen, psychosozialen, soziokulturellen, religiösen, rechtlichen und gesellschaftspolitischen Faktoren aufweist. Bei der Analyse von Daten und Informationen zu dem Thema ist man mit zwei zentralen Problemen konfrontiert: Zum einen haben wir es mit einer extrem heterogenen Gruppe zu tun und zum anderen haben wir sehr wenige aktuelle Daten und wissenschaftlich fundierte Studienergebnisse zur Verfügung.

Die Gruppe der Migrantinnen unterscheidet sich hinsichtlich folgender Aspekte:

- sozio-ökonomischer Status,
- Aufenthaltsdauer in den Aufnahmeländern (1., 2., 3. Generation),
- Wandermotive (Familienzusammenführung, Arbeitsmarkt, Erfahrung traumatischer Ereignisse etc.),
- rechtlicher Status und
- kultureller Hintergrund.

All diese Faktoren hängen direkt oder indirekt auch mit der psychischen Gesundheit der Frauen zusammen sowie mit dem Zugang zu Versorgung und Prävention. Entsprechend schwierig ist es, eine allgemein gültige Beschreibung und Analyse der psychischen Gesundheit für eine derartig heterogene Gruppe vorzunehmen.

Das größere Problem liegt in der Tatsache, dass verlässliche und vergleichbare Daten über den Gesundheitsstatus, den Zugang zur ambulanten und stationären Versorgung und spezifischer Gesundheitsbedarfe von Migrantinnen kaum verfügbar sind.

Will man den psychischen Gesundheitsstatus von Migrantinnen auch im Hinblick auf politische Handlungsempfehlungen empirisch basiert darstellen, so stößt man auf forschungspraktische Probleme, die nur schwer gelöst werden können. Übergreifend kann man davon ausgehen, dass alle denkbaren Datenquellen und Erhebungsmethoden nur partielle Informationen sowohl über die verschiedenen in Deutschland vorzufindenden Migrationshintergründe, wie auch über die verschiedensten Aspekte der psychischen, psychosomatischen und psychosozialen Gesundheit liefern können.

Der Sonderbericht zur Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen aus dem Jahr 2000 macht darauf aufmerksam, dass in den Daten der amtlichen oder verbandlichen Statistiken ZuwanderInnen allenfalls auf Basis ihrer Nationalität gesondert ausgewiesen werden, und dass dabei eine geschlechtsspezifische Betrachtung keinesfalls selbstverständlich ist. Große Teile der Bevölkerung mit Migrationshintergrund bleiben aufgrund dieses Erfassungsmodus also entweder gänzlich unberücksichtigt oder können innerhalb der Gruppe nicht deutscher EinwohnerInnen nicht weiter differenziert werden. Hinzu kommt, dass eine frauenspezifische Sichtweise von Krankheit und Gesundheit in der Forschung momentan nur wenig verankert ist.

Gleiches gilt für bereits durchgeführte und veröffentlichte epidemiologische und qualitative Studien. Der erwähnte Sonderbericht „Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen“ bietet einen ersten Überblick über die in Deutschland vorhandene Literatur zum Themenbereich psychische und psychosoziale Gesundheit, weist jedoch darauf hin, dass die Aussagekraft fast aller Studien im Hinblick auf eine Gesamteinschätzung der gesundheitlichen Situation und Versorgung von MigrantInnen sehr begrenzt ist. Einschränkungen ergeben sich durch:

- Analysen von Inanspruchnahmepopulationen, die keine Rückschlüsse auf tatsächliche Prävalenzen zulassen,
- den Zeitpunkt der Untersuchungen: Ergebnisse aus frühen Phasen des Migrationsprozesses sind nicht mehr auf die momentane Situation übertragbar,
- Begrenzungen bezüglich der untersuchten ethnischen Gruppen,
- regionale Ausrichtung/kleine Fallzahlen,

- die Begrenzung auf bestimmte Altersgruppen und/oder Erkrankungsbilder,
- die Generalisierung von selektiven Erfahrungsberichten sowie
- wenig randomisierte Studien mit parallelisierten deutschen Vergleichsstichproben.

Die nachfolgende Darstellung der Ergebnisse beruht auf folgendem methodischen Vorgehen:

- Sekundäranalytische Sichtung amtlicher und verbandlicher Statistiken und weiterer öffentlich zugänglicher Datenquellen,
- Frauen- und migrationsspezifische Sonderauswertungen von im WIAD verfügbaren Datensätzen (Sozio-ökonomisches Panel Welle 17, Bundesgesundheitsurvey, Landesgesundheitsurveys NRW und Bayern, DJI Ausländersurvey, Rehabilitationsstatistiken des Verbandes der deutschen Rentenversicherungsträger),
- Literaturrecherchen in nationalen und internationalen Datenbanken (z.B. DIMDI, Medline, Psychindex, Solis, Foris, Socio-File), wobei auch überregionale sowie internationale Publikationen berücksichtigt und analysiert wurden,
- Auswertung sogenannter grauer Literatur (nicht indizierte Literatur, z.B. Tagungsberichte, Veröffentlichungen in nicht wissenschaftlichen Periodika, Projektberichte, Sammelbände),
- telefonische Interviews mit LeistungserbringerInnen und ExpertInnen,
- Durchführung und Analyse von zwei sogenannten Round-Table-Gesprächen (Fachgesprächen) mit klinisch bzw. ambulant tätigen Ärztinnen und TherapeutInnen, die jahrelange Erfahrung in der Behandlung von Migrantinnen haben,
- Schriftliche Anfrage bei allen Landesgesundheitsministerien,
- Aufruf zur Informationsweiterleitung bezüglich Projekten und Initiativen im Bereich psychischer Gesundheit von Migrantinnen (veröffentlicht im Info-Dienst Migration und öffentliche Gesundheit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (siehe Anhang 1),
- ExpertInnenrating (die zentralen Kapitel des Berichts [Analyse von Defiziten und Handlungsempfehlungen] wurden einer Reihe von ExpertInnen, vor allem den Mitgliedern des bundesweiten Arbeitskreises „Migration und öffentliche Gesundheit“ mit der Bitte um Stellungnahme zugesandt. Die Rückmeldungen der ExpertInnen wurden bei der vorliegenden Fassung berücksichtigt).

## **2. Soziodemographische Merkmale der Migrantinnen und Migranten in Nordrhein-Westfalen**

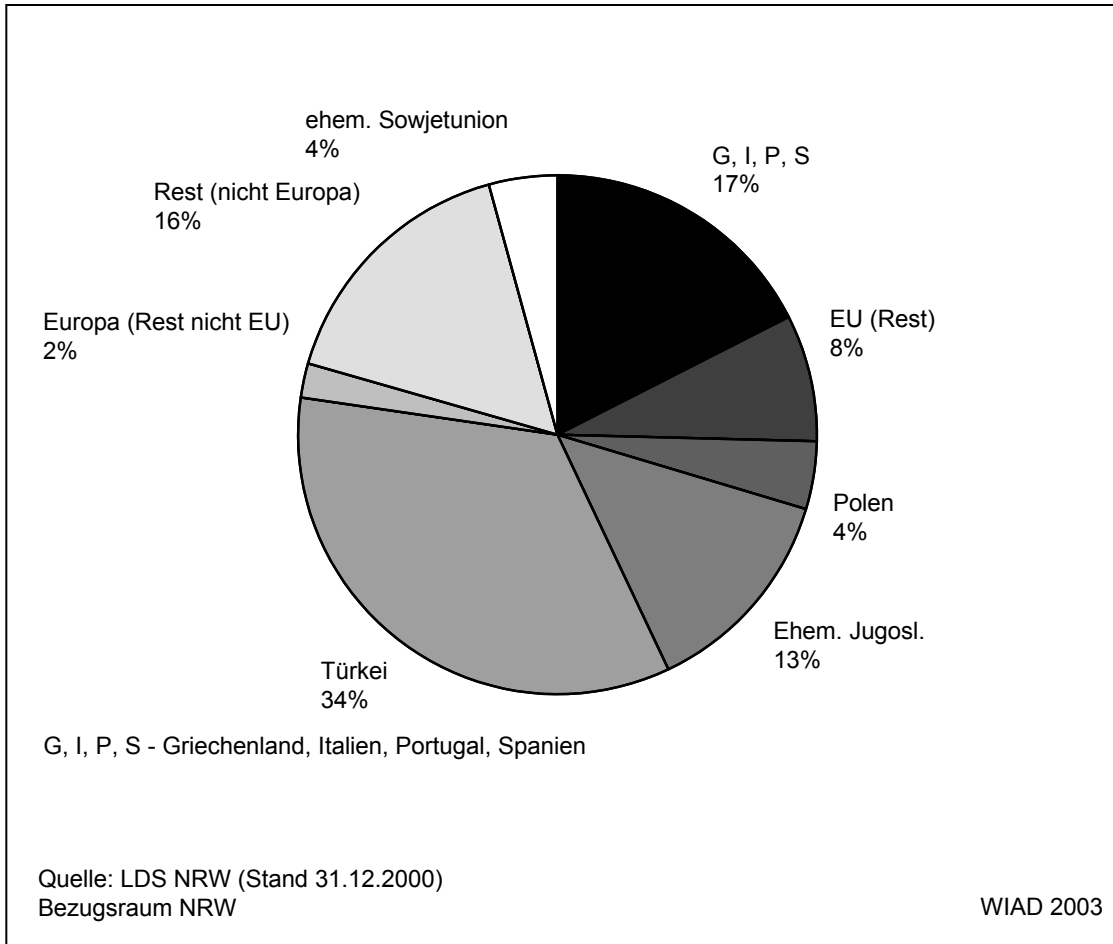
Da Gesundheit und vor allem auch psychische Gesundheit nicht unabhängig von der sozialen Lebenssituation zu betrachten ist, werden im Folgenden die wesentlichen soziodemographischen Merkmale der MigrantInnenpopulation in Nordrhein-Westfalen dargestellt. Hierbei werden, soweit anhand der verfügbaren Daten überhaupt möglich, geschlechtsspezifische Darstellungen vorgenommen und Vergleiche mit deutschen Frauen angestellt.

Nach Angaben des LDS NRW waren im Jahr 2000 1.998.154 Personen nicht deutscher Staatsangehörigkeit in Nordrhein-Westfalen registriert. Damit lag Zahl der nicht deutschen Personen erstmals seit dem Jahr 1996 unter der Marke von zwei Millionen. Diese Entwicklung ist vornehmlich auf die Änderung des Staatsangehörigkeitsrechtes zurückzuführen, nach dem eine Einbürgerung im Vergleich zu früher erleichtert worden ist. Im Jahr 2000 erhielten in Nordrhein-Westfalen 65.743 Personen mit bislang nicht deutscher Nationalität die deutsche Staatsangehörigkeit. Fast die Hälfte von ihnen war zuvor Staatsbürger der Türkei. Nach wie vor leben jedoch gut 27% der AusländerInnen in der Bundesrepublik Deutschland in Nordrhein-Westfalen. Bei einer Gesamtbevölkerung von 18.009.865 betrug der AusländerInnenanteil damit im Jahr 2000 11%.

Die Verteilung der Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit ist von den bisherigen Einbürgerungsprozessen jedoch kaum tangiert worden. Übersicht 2.1 gibt die prozentuale Verteilung der ZuwanderInnen nach Staatsangehörigkeit wieder.



**Übersicht 2.1: Nicht deutsche Personen in Nordrhein-Westfalen nach Staatsangehörigkeit (%)**

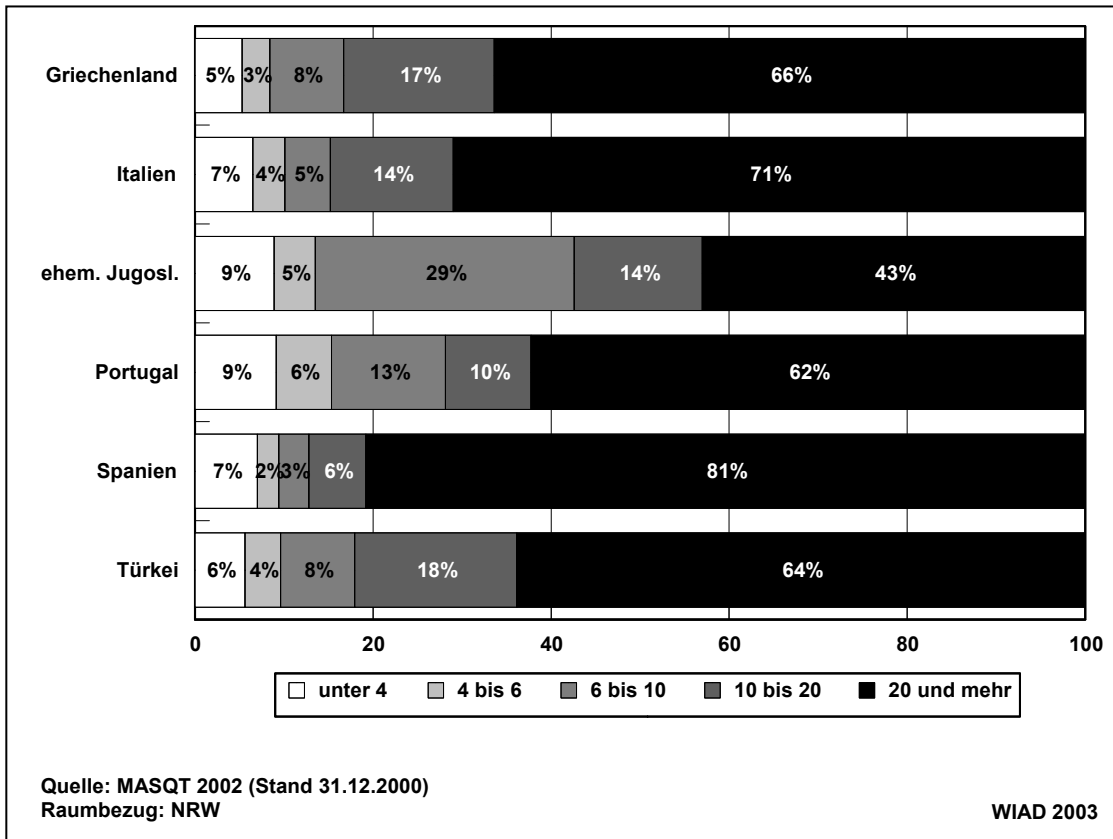


Etwa 64% der ZuwanderInnen in Nordrhein-Westfalen kommen aus einem der europäischen Anwerbeländer, wobei zu beachten ist, dass sich die ZuwanderInnen aus dem ehemaligen Jugoslawien nicht ausschließlich aus ArbeitsmigrantInnen und deren Nachfahren rekrutieren, sondern auch aus Bürgerkriegsflüchtlingen, die in den 90er Jahren nach Deutschland eingewandert sind. Aus den beiden nordafrikanischen Anwerbeländern stammen nur etwa 2,6% der nordrhein-westfälischen ZuwanderInnen. Sie fallen also zahlenmäßig (etwas mehr als 50.000 Personen) vergleichsweise wenig ins Gewicht und sind in Übersicht 2.1 in die Kategorie 'Rest (nicht Europa)' integriert. Der Frauenanteil ist unter den Nationalitäten der europäischen Anwerbeländer niedriger als in der deutschen Bevölkerung und liegt mit geringen Schwankungen zwischen gut 40 und unter 50%.

Die besondere Stellung der Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien wird deutlich, wenn man die Personen nicht deutscher Staatsangehörigkeit nach ihrer Aufenthaltsdauer differenziert betrachtet (Übersicht 2.2). Dabei werden nur Personen von 18 Jahren oder älter betrachtet. Die

„Aufenthaltsdauer“ von jungen MigrantInnen, die in Deutschland geboren sind, wird damit ausgeschlossen und das wiedergegebene Bild bezieht sich vornehmlich auf die erwachsenen ZuwanderInnen der ersten und zweiten Generation.

**Übersicht 2.2: Nicht deutsche Personen im Alter von 18 Jahren und mehr nach Staatsangehörigkeit und Aufenthaltsdauer (%)**

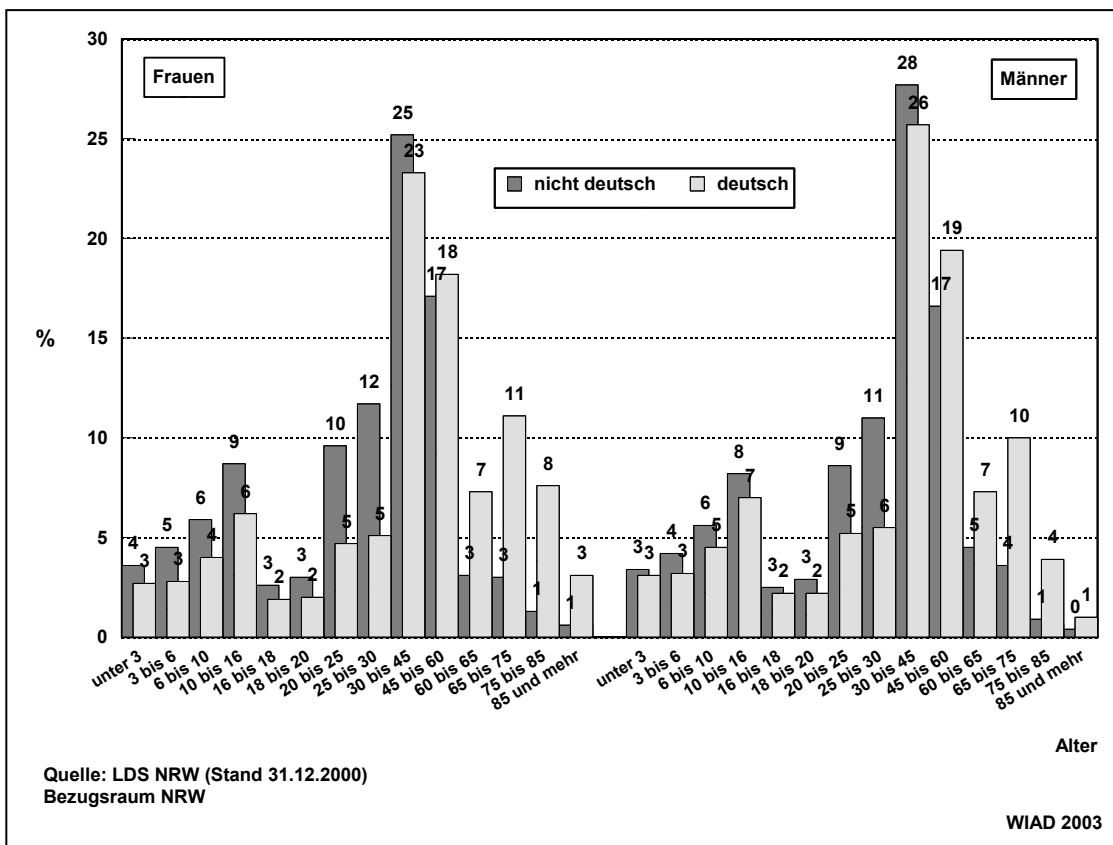


Während diejenigen Personen, die im Jahr 2000 bereits 20 Jahre und mehr in Deutschland wohnhaft waren, zum ganz überwiegenden Teil der Arbeitsmigration zuzurechnen sind, fällt im Vergleich zu den anderen Nationalitäten bei den Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien der große Anteil von ZuwanderInnen ins Auge (29%), der in 2000 erst seit 6 bis 10 Jahren in Deutschland ansässig war. Es kann also auf Basis dieser Daten davon ausgegangen werden, dass bis zu einem Drittel der Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien mehr oder weniger unmittelbar im Zusammenhang mit den Bürgerkriegen der 90er Jahre nach Deutschland eingewandert ist. Dies macht Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien zu einer Mischpopulation mit zwei überaus verschiedenen Migrationshintergründen, die in den verfügbaren Daten zur Gesundheit von ZuwanderInnen in aller Regel nicht separiert werden können. Zudem fällt der überaus hohe Anteil (über 80%) von SpanierInnen auf, die bereits seit 20 Jahren oder länger in Deutschland leben. Dies kann zum einen auf eine vergleichsweise geringe Remigrationsrate

unter älteren SpanierInnen zurückzuführen sein oder aber auf eine höhere Remigrationsrate unter jüngeren SpanierInnen der nachfolgenden Generationen. Abgesehen von den Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien liegt der Anteil von Migrantinnen und Migranten, die seit mehr als 20 Jahren und länger in Deutschland leben, in allen der dargestellten Staatsangehörigkeiten bei über 60%.

Ein Phänomen, das Vergleiche bezüglich der Gesundheit von ZuwanderInnen und Deutschen generell erschwert, ist die unterschiedliche Altersstruktur, die in Übersicht 2.3 wiedergegeben ist.

**Übersicht 2.3: Anteil verschiedener Altersgruppen an der deutschen und nicht deutschen Bevölkerung nach Geschlecht (%)**



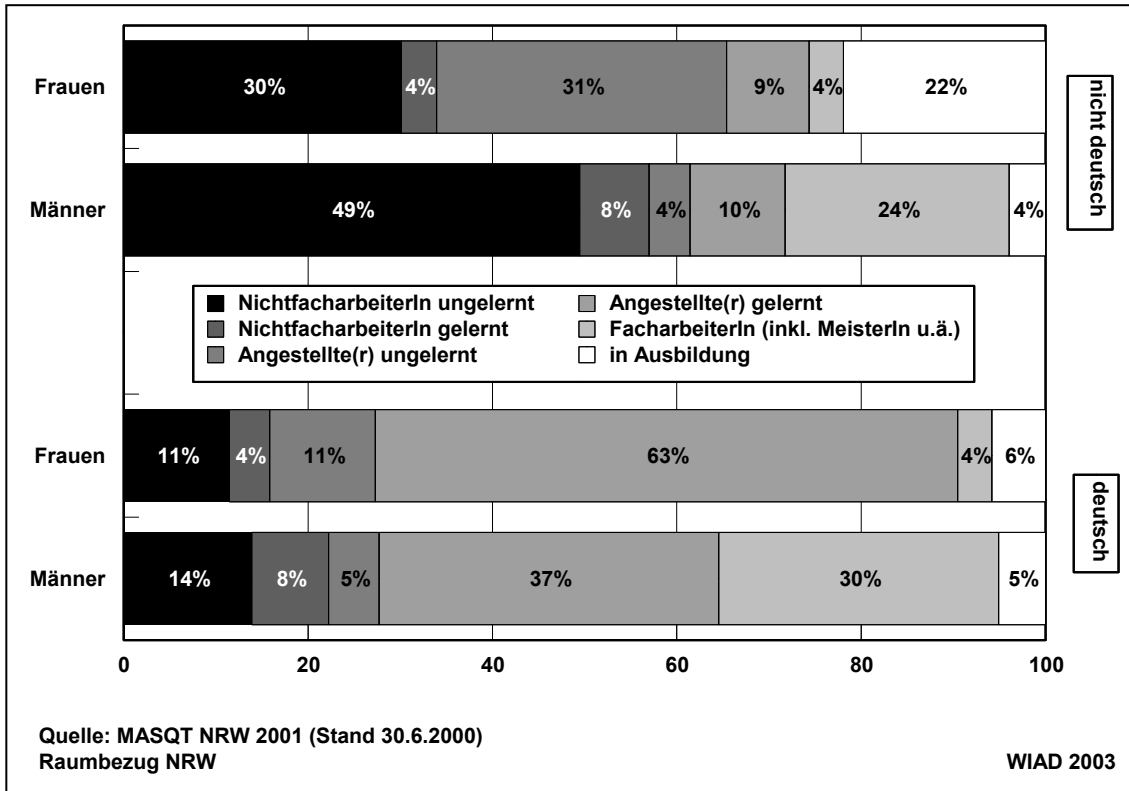
Zwischen Frauen und Männern gibt es keine auffälligen Unterschiede. Beim Vergleich von MigrantInnen und Deutschen fällt bei beiden Geschlechtern jedoch ins Auge, dass die Alterskategorien bis zu einem Alter von 45 Jahren, besonders jedoch die Altersgruppen der 20- bis 30-Jährigen anteilmäßig stärker besetzt sind als in der deutschen Bevölkerung. Die Altersgruppen oberhalb von 45 Jahren sind hingegen in der deutschen Bevölkerung stärker besetzt. Während im Jahr 2000 29% der deutschen Frauen (22% der deutschen Männer) 60 Jahre oder älter wa-

ren, betrug dieser Anteil bei den Migrantinnen nur 8% (10% bei den männlichen Migranten). Entsprechend waren bei den Migrantinnen 22% zwischen 20 und 30 Jahren alt (20% bei den männlichen Migranten), während dies bei den deutschen Frauen nur auf 10% zutraf (11% bei den deutschen Männern). Diese unterschiedlichen Altersstrukturen sind in erster Linie auf die höheren Geburtenraten unter ZuwanderInnen und zusätzlich durch einen gewissen Anteil an Remigration älterer MigrantInnen in ihre Heimatländer zu erklären.

Was die schulische Bildung von Migrantinnen und Migranten angeht, so müssen sie in Bezug auf die abgelegten Abschlüsse auch unter den heutigen SchulabgängerInnen als unterprivilegiert gelten. Am Ende des Schuljahres 2000/2001 blieben in Nordrhein-Westfalen 14,2% der nicht deutschen SchulabgängerInnen ohne Abschluss, bei den deutschen SchulabgängerInnen waren dies nur 6%. Ein dominierender Schulabschluss war mit 34,5% bei den Migrantinnen und Migranten der Hauptschulabschluss (Deutsche 20,5%), sowie mit 35,5% auch der Realschulabschluss (Fachoberschulreife) (Deutsche 41,4%). Fachhochschulreife oder Hochschulreife erreichten nur 15,8% der ausländischen aber 32,1% der deutschen SchulabgängerInnen (MASQT 2002). Allerdings bringt eine differenziertere Betrachtung der Bildungsabschlüsse, besonders der größeren MigrantInnengruppen nach Nationalität und Geschlecht differenziert klarere Ergebnisse. Danach sind die türkisch stämmigen Migrantinnen und Migranten besonders benachteiligt und junge Frauen und Mädchen weisen innerhalb der Nationalitäten der klassischen ArbeitsmigrantInnen insofern einen Bildungsvorteil auf, als sie häufiger mittlere und höhere Bildungsabschlüsse anstreben als männliche Migranten. Bildungsmäßig besonders benachteiligt sind hingegen besonders türkische Frauen der Elterngeneration. Nach Auswertungen des Ausländersurveys haben 47% von ihnen keinen Schulabschluss, 42% haben nur einen einfachen Primarabschluss. Bei Italienerinnen und Griechinnen sind mittlere und höhere Abschlüsse etwas stärker vertreten, tendenziell haben jedoch auch bei ihnen etwa 20% keinen Abschluss, und um die 60% nur Primarabschluss. Analysen des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) erlauben auch Aussagen über die AussiedlerInnenpopulation, die bezogen auf ihre Bildungsabschlüsse zwischen Deutschen und ArbeitsmigrantInnen zu finden sind. Bezogen auf alle Altersgruppen weisen beispielsweise 74% der Türkinnen aber nur 50% der Aussiedlerinnen und nur 44% der deutschen Frauen keinen oder nur einen ersten Schulabschluss auf (Weilandt et al. 2002).

Noch deutlicher fällt, ebenfalls bezogen auf das SOEP, das Bild bei den Ausbildungsabschlüssen aus. 72% der Türkinnen haben keinen Berufsabschluss, bei den Frauen aus Griechenland, Italien, Portugal bzw. Spanien sind dies 59%, bei den Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien 50%, bei den Aussiedlerinnen 34% und bei den deutschen Frauen nur 21%. In allen Subgruppen weisen Frauen hier deutlich höhere Werte auf als Männer. Daraus ergibt sich eine besondere berufliche Situation, da Migrantinnen ohne Bildungsabschluss und mehr noch ohne Ausbildungsabschluss, wenn sie berufstätig sind, auf un- bzw. angelernte Tätigkeiten angewiesen sind. Bezogen auf die Unterscheidung zwischen deutschen und nicht deutschen Erwerbstätigen ist die Verteilung auf die verschiedenen Berufsgruppen in Nordrhein-Westfalen in Übersicht 2.4 wiedergegeben.

**Übersicht 2.4: Berufliche Stellung bei nicht deutschen und deutschen Frauen und Männern (%)**



Während nicht deutsche Männer zu 49% als ungelernete Arbeiter tätig sind, trifft dies nur auf 30% der nicht deutschen Frauen zu. Allerdings verweist dies vor allem auf eine andere Beschäftigungsstruktur. Zusätzlich sind nämlich 31% der nicht deutschen Frauen als ungelernete Angestellte tätig, was auf vermehrte berufliche Aktivitäten im unteren Dienstleistungssegment schließen lässt. Wertet man die Bezeichnung 'NichtfacharbeiterIn gelernt' als angelernte Tätigkeit, so sind unter den berufstätigen Migrantinnen in Nordrhein-Westfalen 65% als in niedrig qualifizierten Tätigkeiten beschäftigt zu bezeichnen (61% der männlichen Migranten), während dies nur auf 26% der deutschen Frauen zutrifft (37% der deutschen Männer) (MASQT, 2002).

Allerdings ist auch bei der beruflichen Stellung darauf zu verweisen, dass es unter den Migrantinnen und Migranten starke Unterschiede gibt. Nach Auswertungen des SOEP sind unter den Erwerbspersonen (also Erwerbstätige und Arbeitslose) 67% der Türkinnen un- oder angelernt beschäftigt, bei den Frauen aus Griechenland, Italien, Portugal bzw. Spanien sind dies 56%, bei den Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien 58%, bei den Aussiedlerinnen 44% und bei den deutschen Frauen 19%. Bei den Männern liegen diese Quoten jeweils deutlich darunter. Während besonders bei den erwerbstätigen Arbeitsmigrantinnen also un- und angelernte Tätigkeiten dominieren, ist gerade unter diesen Migrantinnen grundsätzlich auf die hohe Quote an Haus-

frauen zu verweisen. Nach Daten des SOEP liegt der Anteil der nicht erwerbstätigen Migrantinnen (inklusive Rentnerinnen) bei 50 bis 70% und in der Elternstichprobe des Ausländersurvey bei 45 bis 55%. Bei etwa der Hälfte der Migrantinnen aus den ehemaligen Anwerbeländern kann also davon ausgegangen werden, dass ihre berufliche Stellung nicht durch die Situation abhängiger Erwerbsarbeit, wie sie oben dargelegt wurde, geprägt ist, sondern durch Hausarbeit. In abgeschwächter Form findet sich dies auch noch bei den nachwachsenden Generationen. Nach den Daten des Ausländersurvey bezeichneten sich 1997 36% der nicht mehr in Ausbildung befindlichen türkischen jugendlichen und jungen erwachsenen Mädchen und Frauen als Hausfrauen. Bei den Griechinnen und Italienerinnen waren dies 15% bzw. 17% (Weilandt et al., 2002).

Aufgrund dieser hohen Quote von Frauen, die in der Hausarbeit tätig sind, fallen auch die Erwerbsquoten entsprechend niedriger aus als bei den Männern. Mit 49,4% bei den Griechinnen (62,9% bei den Griechen), 39,6% bei den Italienerinnen (68,8% bei den Italienern), 47,8% bei den Portugiesinnen (73,4% bei den Portugiesen), 47,4% bei den Spanierinnen (63,4% bei den Spaniern) und sogar nur 22,6% bei den Türkinnen (51,6% bei den Türken) liegen sie jedoch außer bei den Türkinnen über der Erwerbsquote von 37,5% aller Frauen in Nordrhein-Westfalen (Männer 45,7). Dies ist allerdings nicht zuletzt ein Alterseffekt aufgrund des hohen Anteils deutscher Frauen im Rentenalter. Die Erwerbsquote der 15- bis 64-jährigen Frauen lag im Jahr 2000 bei 57,8% (68,1% bei den Männern), was vor allem auf die hohen Erwerbsquoten der deutschen Frauen in dieser Altersspanne zurückzuführen ist und bezogen auf das erwerbsfähige Alter auf höhere Erwerbsquoten der deutschen Frauen im Vergleich zu den Migrantinnen verweist. Die Arbeitslosenquote lag bei den Ausländerinnen im Jahr 2000 bei gut 15% (bei den männlichen Migranten bei über 21%, bei den Frauen insgesamt hingegen nur um die 10% (bei den Männern insgesamt ebenfalls um die 10%) (MASQT, 2002).

Als sozialstrukturell spezifische Lage für Migrantinnen lässt sich damit resümierend eine geringere Bildungs- und Ausbildungsbeteiligung vor allem in der ersten ZuwanderInnen-Generation der Arbeitsmigrantinnen konstatieren. Resultierend hieraus ist es ebenso ein Spezifikum von Migrantinnen, dass ein großer Teil von ihnen nicht abhängig erwerbstätig ist bzw. wenn, dann überdurchschnittlich häufig in un- und angelernter Tätigkeit.

### **3. Daten und Erkenntnisse zur psychischen, psychosomatischen und psychosozialen Gesundheit von Migrantinnen**

#### **3.1 Datenlage**

Die Datenlage bezüglich einer auf MigrantInnen bezogenen Gesundheitsberichterstattung (GBE) ist in Deutschland als eingeschränkt zu bezeichnen. Wie Razum (2000) in einer Expertise für das Robert-Koch-Institut darlegt, gibt es zwar eine Reihe von amtlichen und verbandlichen Statistiken, letztendlich haben jedoch nahezu alle dieser Datenquellen gewisse Defizite, die ihre Aussagekraft teilweise stark einschränken. Während es beispielsweise kaum möglich ist, für Todesursachenstatistiken alle Merkmale, die zu einer sinnvollen Berechnung epidemiologischer Maßzahlen notwendig sind, in einem Datensatz geliefert zu bekommen (Nationalität, Altersgruppen, Aufenthaltsstatus, Sterbeort), werden Schuleingangsuntersuchungen derart uneinheitlich durchgeführt, dass es auch bis heute nicht möglich ist, für ein Bundesland repräsentative Daten zu erhalten.

Für den hier bearbeiteten Themenbereich kommt hinzu, dass Daten zur psychischen Gesundheit so gut wie überhaupt nicht verfügbar sind. Die Krankenhaus-Statistik, die hier aufgrund ihrer Differenzierung nach ICD-Diagnosen großen Aufschluss bieten könnte, beinhaltet keine Unterscheidung nach der Nationalität der behandelten PatientInnen, und die Abrechnungsdaten der Krankenkassen sind bisher nicht in einer verwertbaren Form zugänglich. Die einzige Ausnahme stellen hier die Daten des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger dar, die, aufgeschlüsselt nach deutscher bzw. nicht deutscher Nationalität, medizinische Rehabilitationsmaßnahmen nach Alter, Geschlecht, Berufsgruppenzugehörigkeit (Angestellte, ArbeiterInnen und Bergleute), Region und ICD-10 Diagnosen auf Landesebene der GBE zur Verfügung stellen. Allerdings werden bei Betrachtung einzelner Diagnosen nach Geschlecht und einer unabdingbaren Berücksichtigung der Altersverteilung die Fallzahlen so klein, dass eine regional spezifische, vor allem jedoch eine Betrachtung nach Berufsgruppen unmöglich wird. Daher gilt es, bei den später vorgestellten Analysen zu beachten, dass die Gruppe der Migrantinnen und Migranten zum großen Teil einer schlechter gestellten sozialen Position zuzurechnen ist als ein großer Teil der deutschen Bevölkerung. Unterschiede zwischen Deutschen und Nicht-Deutschen werden somit durch einen sozio-ökonomischen Einfluss verstärkt, der nicht kontrolliert werden kann, so dass der festgestellte Effekt immer auch eine Wirkung sozialstruktureller und nicht allein migrationsspezifischer Faktoren darstellt.

Weitere brauchbare Statistiken finden sich zur Versorgungsstruktur in den Daten der Ärztekammern und Landesarbeitsämter zur Beteiligung nicht deutscher Arbeitskräfte an den Gesundheitsberufen. Diese werden im weiteren Verlauf dieser Arbeit ausführlich dargestellt. Die Psychotherapeutenkammer sah sich zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht in der Lage, Daten zur Verfügung zu stellen, die mit denen der Ärztekammern vergleichbar wären.

Bei den meisten großen Surveys, die als weitere Datenquelle zur GBE herangezogen werden könnten, besteht das Problem, dass sie entweder keine Informationen zur Gesundheit und speziell zur psychischen Gesundheit bereitstellen oder dass die MigrantInnenbevölkerung im Sinne nicht deutscher Personen gar nicht in der Stichprobe vertreten ist bzw. im Falle von MigrantInnen deutscher Nationalität (Aussiedler, Eingebürgerte) nicht die nötigen Merkmale erfassen, um diese Gruppen in den Daten hinreichend abzugrenzen. Auswertbar sind daher im Folgenden drei Surveys: die Bundes- und Landesgesundheitsurveys mit gesundheitsbezogenen Fragestellungen, aber einer sehr diffusen MigrantInnenstichprobe, das Sozio-ökonomische Panel mit einer sehr guten MigrantInnenstichprobe aber allenfalls mittelbaren Informationen zur psychischen Gesundheit und der DJI Ausländersurvey mit einer ebenfalls repräsentativen Stichprobe, die allerdings keine deutsche Vergleichsgruppe enthält. Damit ist der Rahmen verwertbarer amtlicher und verbandlicher Statistiken sowie großer Surveys abgesteckt.

Dieser Datenlage entsprechend stellt sich auch die Landschaft der migrationsbezogenen Gesundheitsberichterstattung dar. Zur Gesundheit von MigrantInnen im Allgemeinen wurden vier Berichte in Deutschland gezählt (AFÖG, 2001; LÖGD, 2002):

- **Älter werden in der Fremde: Wohn- und Lebenssituation älterer ausländischer Hamburgerinnen und Hamburger.** Sozial-empirische Studie. Hrsg.: Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (1998).

**Qualifizierung:** Der Bericht beruht primär auf einer Befragung älterer MigrantInnen unterschiedlicher Nationalitäten in Hamburg. Neben sozio-ökonomischen Lebensbedingungen (Bildung, Beruf, Wohnsituation etc.) werden migrationsspezifische Lebensumstände und -perspektiven (Einreise, Aufenthaltsstatus, Bleibeabsicht etc.) dargestellt. Außerdem wird aus Sicht der Betroffenen deren Gesundheitszustand (auch psychische Beschwerden), Arztinanspruchnahme, Hilfs- und Pflegebedürftigkeit, Altersvorsorge und soziale Unterstützungsstrukturen erhoben. Vor dem Hintergrund der hier zu bearbeitenden Fragestellungen ist der Bericht als Informationsquelle jedoch nicht geeignet. Ein geschlechtssensibler Zugang fehlt vollkommen, geschlechtsspezifische Daten oder Interpretationen derselben werden an keiner Stelle geliefert.

- **Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen: Sonderbericht im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung Nordrhein-Westfalen.** Hrsg.: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (2000).

**Qualifizierung:** Der Bericht stellte den Versuch dar, erstmals (d.h. Mitte der 90er Jahre und nochmals einige Jahre später in teils aktualisierter Form) alle Datenquellen zur Gesundheit von Migrantinnen und Migranten im Rahmen einer möglichst breiten Gesundheitsberichterstattung für diese Bevölkerungsgruppe zusammen zu tragen. Psychosoziale Belastungen gegenüber der einheimischen Bevölkerung wurden primär in Bezug auf sozio-ökonomische Merkmale (neben Einkommen, Beruf etc. auch Wohnbedingungen) heraus-



gearbeitet. Eine durchgängig geschlechtssensible Betrachtungsweise stand dabei nicht im Vordergrund, jedoch wurden die Daten teilweise geschlechtsspezifisch ausgewertet und frauenspezifische Belange betreffend Schwangerschaft und Geburt u.a. durch die Perinataldaten der Ärztekammern mit erfasst. Das Kapitel zur psychischen Gesundheit greift aufgrund der mangelhaften Datenlage ausschließlich auf klinisch-epidemiologische Studien mit kleiner Fallzahl sowie auf qualitative Studien und Erfahrungsberichte zurück. Dementsprechend werden auf deskriptive Art und Weise psychosoziale Belastungen und ihre Folgen sowie Versorgungsaspekte dargelegt. Entsprechend der zum damaligen Zeitpunkt verfügbaren, auf Deutschland bezogenen Literatur fehlt ein geschlechtssensibler Blickwinkel gänzlich, da in den zugrunde liegenden Quellen keine Aussagen getroffen werden, die einer geschlechtsspezifischen Interpretation zugänglich wären.

- Wagner, Monika; Marreel, Iris (1998): Untersuchung zur ambulanten gesundheitlichen Versorgung von Migranten in Berlin-Kreuzberg aus Sicht der niedergelassenen Ärzte, Berlin.

Wünsch, Susanne (1999): Kommunale GBE zur gesundheitlichen und psychosozialen Situation von Migranten am Beispiel von Kreuzberger Daten, Berlin.

**Qualifizierung:** Obwohl in der Recherche beide Berichte in den oben zitierten Auflistungen zur Gesundheitsberichterstattung ermittelt worden sind, ergab der Versuch, diese zu beschaffen, dass es sich nicht um Gesundheitsberichte im Sinne von veröffentlichten und damit offiziellen Dokumenten handelt. Der Verein Gesundheit Berlin e.V., der diese Berichte als eigene Veröffentlichungen führt, hat diese nicht als Publikationen in Druck gegeben. Von Seiten des Vereins wurde darauf verwiesen, dass es sich um Abschlussarbeiten der Technischen Universität Berlin handelt. Diese können de facto allein aufgrund ihrer sehr eingeschränkten Verfügbarkeit nicht als Gesundheitsberichte gewertet werden. Eine inhaltliche Qualifizierung ist aus demselben Grund ebenfalls nicht möglich.

Aus der Qualifizierung der Berichte ergibt sich die folgende **Defizitliste**. Diese stellt, abgesehen vom ersten Punkt, weniger einen Mangel der Berichte an sich dar als vielmehr eine mangelhafte Datenlage, auf welche die Gesundheitsberichterstattung gezwungen ist zurück zu greifen:

- Ein Vergleich zwischen den Geschlechtern wird nicht oder nicht durchgehend vollzogen, entsprechendes gilt für eine daran anknüpfende geschlechtssensible Interpretation.
- Migrationshintergründe werden nicht ausreichend berücksichtigt. Dominierendes Merkmal der Ausdifferenzierung des Migrationstatbestandes stellt die Staatsangehörigkeit dar, andere Merkmale wie Generation oder Aufenthaltsstatus kommen im Zusammenhang mit Gesundheit im Allgemeinen aber auch in Bezug auf psychische Gesundheit zu kurz.
- Der sozio-ökonomische Status wird in der Darstellung der gesundheitlichen Situation von MigrantInnen nicht hinreichend berücksichtigt. Der Anteil sozialer Benachteiligung an erhöhten Prävalenzen und Inanspruchnahmen unter MigrantInnen kann im Vergleich zur deutschen Vergleichsgruppe nicht abgeschätzt werden.

- Es werden keine konkreten Prävalenzen oder Inzidenzen bzgl. psychischer oder psychosomatischer Diagnosen benannt.
- Es werden keine Angaben über die Inanspruchnahme von Diensten der psychiatrischen und psychologischen Versorgung von MigrantInnen im Vergleich zur deutschen Bevölkerung gemacht.

Etwas besser sieht es im Hinblick auf die GBE für Frauen aus, allerdings wird die Situation von Migrantinnen als spezifischer Subgruppe hier in aller Regel nicht thematisiert. Insgesamt muss zudem die zukünftige Perspektive einer migrantInnenspezifischen GBE auf Basis von amtlichen und verbandlichen Daten als ungewiss bezeichnet werden, da das neue Staatsbürgerschaftsrecht bewirkt, dass Migrantinnen und Migranten zunehmend die deutsche Staatsbürgerschaft annehmen. Damit differenziert sich die Struktur der MigrantInnen weiter aus, und das alleinige Festhalten am Merkmal der Nationalität liefert perspektivisch weniger brauchbare Daten, da zunehmend eine sehr spezielle Gruppe von MigrantInnen erfasst wird und eine wachsende Zahl eingebürgerter Migrantinnen und Migranten aus den Statistiken herausfällt. Es gilt also, im Sinne der GBE die Statistiken in einer Weise umzustellen, dass die GBE im allgemeinen effektiver gestaltet werden kann, mehr diagnosebezogene Daten zugänglich werden und den Migrationsstatbestand über weitere herkunftsbezogene Merkmale so zu differenzieren, dass die deutsche oder nicht deutsche Staatsangehörigkeit nicht weiterhin das dominierende Merkmal bleibt (Rommel & Weilandt, 2002; Razum, 2000; Weilandt et al., 2000).

### **3.2 Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen**

Der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) erstellt für die verantwortlichen Behörden der Bundesländer regelmäßig einen Datensatz, der die Inanspruchnahmedaten der Versicherten auf Landesebene enthält. Neben einer Differenzierung nach Alter ist hier auch eine Unterscheidung zwischen deutschen und nicht deutschen Versicherten enthalten sowie die Diagnose, die von der die Rehabilitationsmaßnahme durchführenden Institution im Entlassungsbericht vermerkt wird. Der rehabilitative Auftrag der Rentenversicherung besteht darin, Frühberentungen wegen gesundheitlicher Einschränkungen zu verhindern und mithin die Erwerbstätigkeit der Versicherten auf Dauer wieder herzustellen. Entsprechend beziehen sich Daten des VDR auf die aktiv Versicherten und damit vornehmlich auf die abhängig beschäftigte Bevölkerung. Die Gesetzliche Rentenversicherung (GRV) ist mit diesem Versorgungsauftrag der mit Abstand größte Träger medizinischer Rehabilitation. Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen müssen von den Versicherten selbst beantragt werden, wobei die behandelnden ÄrztInnen auf Basis der ihnen vorliegenden Befunde eine Antragstellung initiieren und begleiten. Der ärztliche Dienst der Rentenversicherungsträger beurteilt daraufhin anhand der einschlägigen medizinischen Unterlagen oder auf Basis einer sozialmedizinischen Begutachtung die Notwendigkeit der beantragten Maßnahmen.

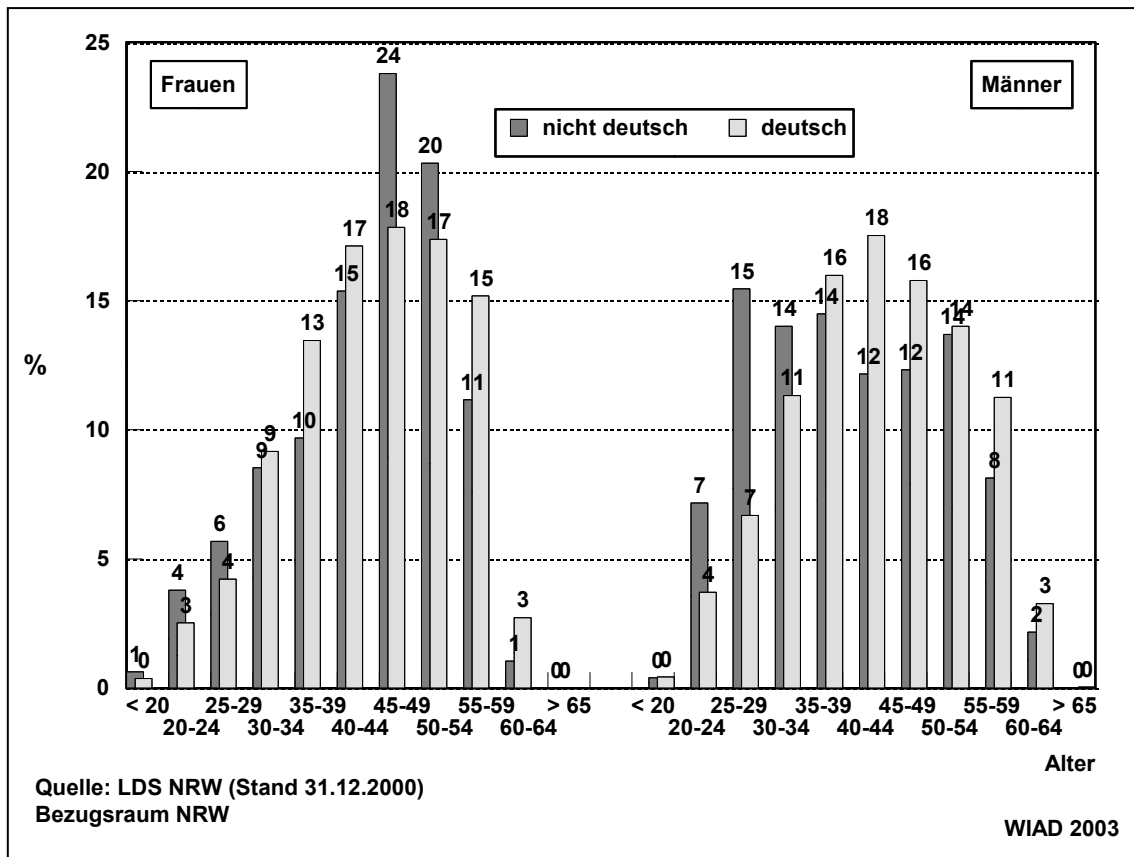
Der Bezug der Rehabilitationsdaten zur erwerbstätigen Bevölkerung verweist für die Migrantinnen auf eine sehr spezifische Subgruppe. Im vorangegangenen Kapitel ist darauf hingewiesen worden, dass Migrantinnen besonders der ersten ZuwanderInnen-Generation sehr häufig ohne Schulabschluss und noch häufiger ohne Ausbildungsabschluss sind und entsprechend häufig, nämlich zu nahezu zwei Dritteln, in un- oder angelernter Tätigkeit beschäftigt sind. Da ihnen in vielen Kulturen traditionell eine stark familienbezogene Rolle zugewiesen ist, kann davon ausgegangen werden, dass neben den familiären Aufgaben häufig ein existentieller Druck zur Berufstätigkeit in so genannten 'dirty jobs' besteht. Damit ist bei den Migrantinnen hier eine Gruppe erfasst, die sich im Vergleich zu deutschen Frauen nicht nur durch das Merkmal der Migration unterscheidet, sondern sich gegenüber diesen vornehmlich aus sehr speziellen sozialstrukturell benachteiligten Lebenslagen rekrutieren.

Im Jahr 2000 haben in Nordrhein-Westfalen 57.843 deutsche Frauen (75.337 deutsche Männer) und 4.671 Migrantinnen (9.100 Migranten) medizinisch-rehabilitative Leistungen der GRV in Anspruch genommen. Von diesen Leistungen entfielen bei den deutschen Frauen 10.907 (bei den deutschen Männern 10.597) und bei den Migrantinnen 950 (bei den Migranten 1.242) auf Leistungen, die aufgrund ärztlicher Diagnosen gewährt wurden, welche dem Diagnosebereich der ICD-10 Klassifikation betreffend psychische und Verhaltensstörungen zuzurechnen sind (ICD-10: F00-99)<sup>2</sup>. Dies entspricht einem Prozentsatz von etwa 19% bei den deutschen Frauen (etwa 14% bei den deutschen Männern) und etwa 20% bei den Migrantinnen (etwa 14% bei den Migranten). Dieser Prozentsatz ist in jungen Jahren höher als in mittleren und höheren Altersklassen, da bei jungen Menschen psychische Störungen einen größeren Anteil am Rehabilitationsgeschehen haben, während bei Älteren somatische Ursachen anteilmäßig bedeutend stärker vertreten sind. Mit zunehmendem Alter sinkt also der Prozentsatz psychisch indizierter Maßnahmen am gesamten Rehabilitationsgeschehen aufgrund einer stärker werdenden Dominanz somatischer Indikationen. Bei Männern ist der Anteil psychischer Indikationen in jüngeren Jahren höher als bei den Frauen, was v.a. auf eine häufigere Abhängigkeit von psychotropen Substanzen zurück zu führen ist, in mittleren und hohen Altersklassen liegt er bei den Frauen deutlich höher, ohne dass sich jedoch Unterschiede zwischen Migrantinnen und deutschen Frauen abzeichnen würden.

Der Rückgang des Anteils psychischer Indikationen am Rehabilitationsgeschehen mit zunehmendem Alter besagt jedoch nicht, dass die psychisch indizierten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen auch in absoluten Zahlen gesehen abnehmen würden. Übersicht 3.1 zeigt vielmehr ein stärker differenziertes Bild, wenn man betrachtet, wie sich die entsprechenden medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen über die Altersgruppen verteilen.

<sup>22</sup> Die Verwendung der ICD Klassifikation beschränkt sich im Folgenden auf die Diagnosen innerhalb der übergeordneten Gruppen (also z.B. F10, F11, F12 usw. innerhalb der Gruppe F10-19). Kleinteiligere Differenzierungen (z.B. F10.1 usw.) sind in den Daten nur selektiv enthalten und werden zugunsten der Übersichtlichkeit nicht berücksichtigt. Die genaue Beschreibung der ICD-10 Diagnosen findet sich im Internet unter der Adresse <http://www.dimdi.de/de/klassi/diagnosen/icd10/index.htm>.

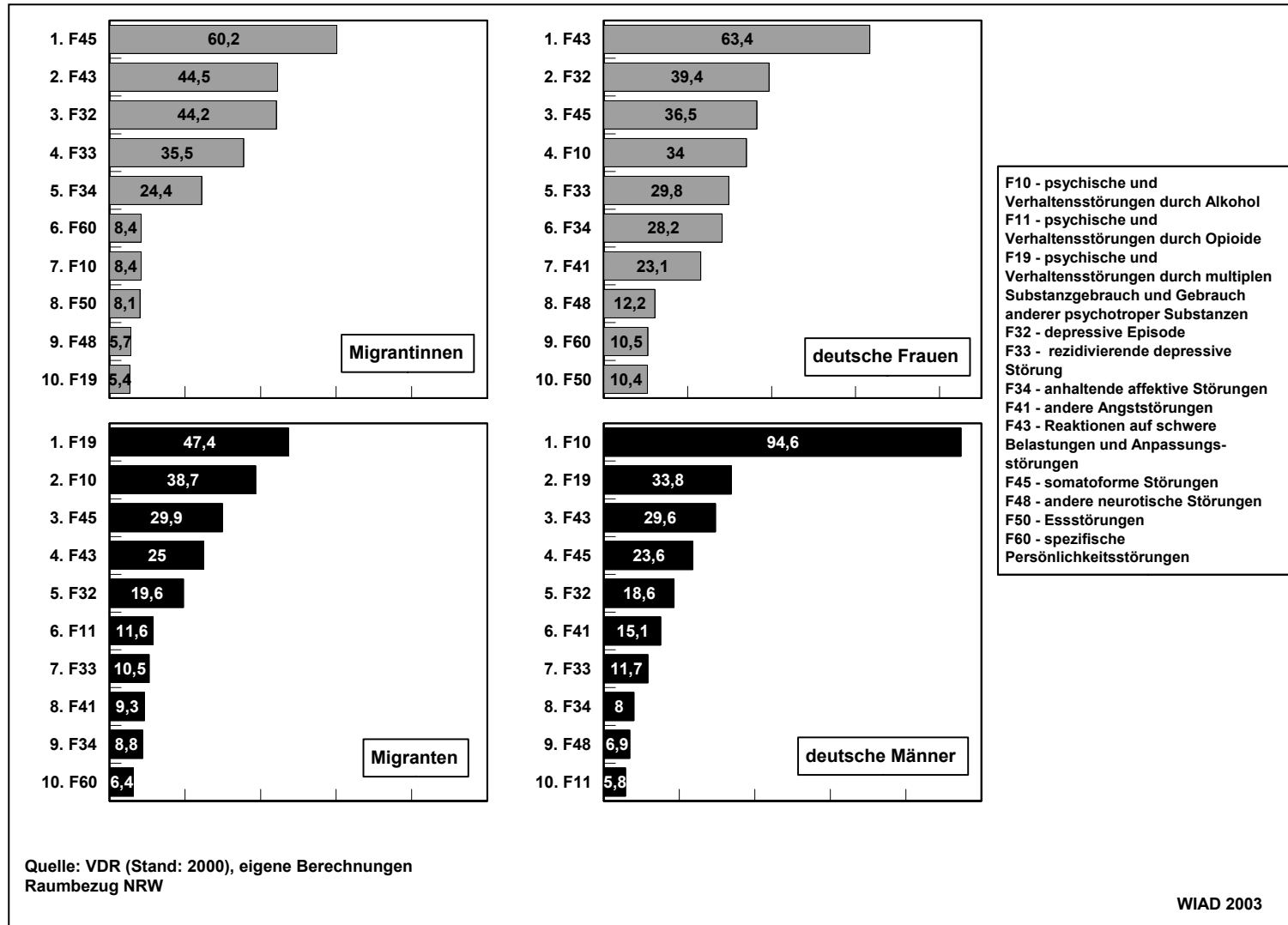
**Übersicht 3.1: Altersspezifische Verteilung von psychisch indizierten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen (ICD-10: F00-99) bei nicht deutschen und deutschen Frauen und Männern (%)**



Im Gegensatz zu den männlichen Migranten zeigt sich bei den Migrantinnen eine Konzentration psychisch indizierter Maßnahmen in den Altersgruppen zwischen 40 und 54 Jahren. Nahezu 60% aller bei den Migrantinnen veranlassten psychisch indizierten Rehabilitationsmaßnahmen waren im Jahr 2000 in diesen mittleren Altersgruppen angesiedelt. Besonders im Alter zwischen 45 und 54 finden sich verglichen mit den deutschen Frauen bei den Migrantinnen prozentual mehr Maßnahmen. Bei den Männern gestaltet sich das Bild vollkommen anders. Zum einen haben Maßnahmen in jüngeren Jahren bereits einen größeren Anteil am Gesamtgeschehen und zum anderen konzentriert sich besonders bei den Migranten ein größerer Anteil auf diese Altersgruppe als bei den deutschen Männern. Es lässt sich damit an dieser Stelle festhalten, dass bei den Migrantinnen besonders die mittleren Altersgruppen aufschlussreiche Ergebnisse erwarten lassen.

Detailliertere Informationen über das Rehabilitationsgeschehen im Bereich psychischer und Verhaltensstörungen erhält man, wenn man zunächst die häufigsten Diagnosen betrachtet, aufgrund derer in den einzelnen Gruppen Maßnahmen eingeleitet werden. Übersicht 3.2 gibt die entsprechenden Ranglisten wieder.

**Übersicht 3.2: Die zehn häufigsten psychischen Indikationen (ICD-10: F00-99) für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen bei nicht deutschen und deutschen Frauen und Männern (pro 100.000 Versicherte)**



Es fällt auf, dass sich die einzelnen Subgruppen nicht nur in Hinblick auf die alterspezifische Konzentration des Rehabilitationsgeschehens unterscheiden, sondern dass damit auch ein unterschiedliches Krankheitsgeschehen bzw. eine abweichende Diagnostik verbunden ist. Die weitaus häufigste Indikation findet sich bei den Migrantinnen mit den somatoformen Störungen (F45), die sich laut ICD Klassifikation dadurch auszeichnen, dass eine wiederholte ÄrztInnen-Inanspruchnahme aufgrund körperlicher Symptome mit nachdrücklichen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen einher geht, welche wiederholt ohne Befund geblieben sind. Um dieses Phänomen in eine Indikation zur Rehabilitation umzuwandeln, müssen die behandelnden ÄrztInnen also weitestgehend davon überzeugt sein, dass die Patientin bzw. der Patient laut Befunden körperlich gesund ist, jedoch eine psychische Störung oder Erkrankung vorliegt, die sich körperlich äußert.

Ebenfalls bei den Migrantinnen häufig zu finden sind Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) sowie depressive Episoden (F32), rezidivierende depressive Störungen (F33) und anhaltende affektive Störungen (F34). Bei den deutschen Frauen finden sich auf den ersten fünf Plätzen zwar weitgehend die gleichen Diagnosen, jedoch haben diese zum einen eine andere Reihenfolge, so dass hier Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen als dominierende Diagnose gesehen werden kann, zum anderen unterscheiden sich die einzelnen Diagnosen in ihrer Häufigkeit pro 100.000 Versicherte zwischen Migrantinnen und deutschen Frauen teilweise erheblich. Darüber hinaus finden sich bei den deutschen Frauen psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol bereits auf dem vierten Rangplatz, während dieselbe Diagnose bei den Migrantinnen erst auf dem siebten Rangplatz auftaucht und auch in der Häufigkeit des Auftretens eine Randerscheinung darstellt.

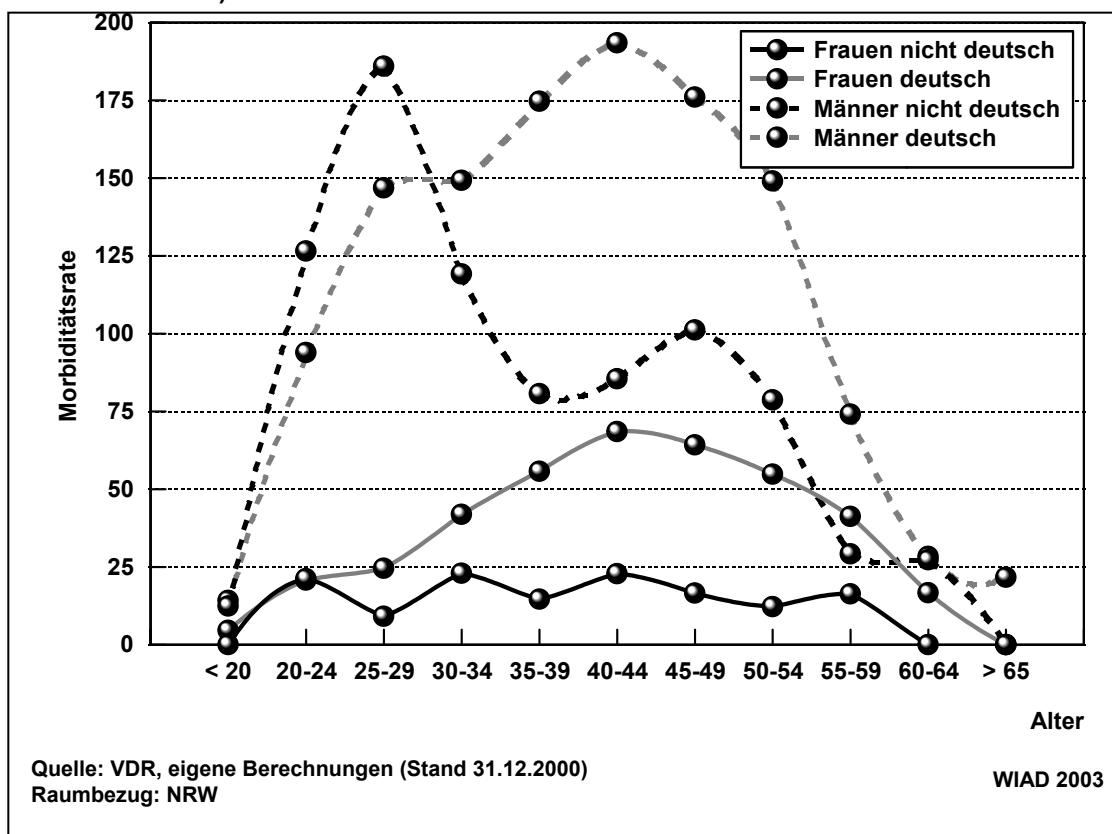
Grundsätzlich anders stellt sich das Bild bei den Männern dar. Hier nehmen die Diagnosen F10 und F19, also psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol bzw. durch multiplen Substanzgebrauch und Gebrauch anderer psychotroper Substanzen, eine dominante Stellung ein und auch die Diagnose der psychischen und Verhaltensstörungen durch Opioide (F11) taucht im Gegensatz zu den Frauen unter den häufigsten 10 Diagnosen auf. Zwar finden sich auch bei den Männern die Diagnosen F45 oder F43 auf den ersten Rängen, sie treten jedoch pro 100.000 Versicherte deutlich seltener auf als bei den Frauen.

Beim Vergleich der in Übersicht 3.2 wiedergegebenen rohen Morbiditätsraten zwischen den einzelnen Gruppen ist jedoch Vorsicht geboten. Zwar geben solche Raten das tatsächliche Geschehen und damit reale Differenzen wieder, wie sie sich in den Daten finden lassen. Da die einzelnen Phänomene, wie alle gesundheitsrelevanten Parameter, aber in ihrem Aufkommen nicht altersunabhängig sind, ist auch die rohe Morbiditätsrate von der Altersstruktur der jeweiligen Gruppe geprägt. Damit verbietet sich auf dieser Basis beispielsweise die Aussage, somatoforme Störungen seien bei Migrantinnen häufiger als bei deutschen Frauen, weil dieser Unterschied möglicherweise nicht auf das Merkmal der Migration, sondern ausschließlich auf das Merkmal Alter zurückzuführen ist. Zur Berücksichtigung deutlich verschiedener Altersstrukturen

beim Vergleich morbiditäts- und mortalitätsbezogener Maßzahlen hat die epidemiologische Forschung verschiedene Verfahren entwickelt, von denen zwei angewandt werden (Kreienbrock & Schach, 2000). Im Folgenden werden einzelne Diagnosegruppen und Diagnosen, soweit die zahlenmäßige Besetzung der Altersgruppen dies noch sinnvoll erscheinen lässt, anhand altersspezifischer Morbiditätsraten ( $MR_{spez}$ ) behandelt. Weitere Diagnosen, wie Schizophrenie spielen rein quantitativ im Rehabilitationsgeschehen eine vergleichsweise untergeordnete Rolle, so dass die im Folgenden dargestellten Differenzen letztendlich die quantitativ entscheidenden sind. Am Ende des Kapitels erfolgt eine zusammenfassende Betrachtung verschiedener standardisierter Morbiditätsratios (SMR) (indirekte Standardisierung).

Wendet man diese Verfahren auf die Häufigkeiten aller Indikationen oder aller psychischer Indikationen an, so ergibt sich zunächst noch kein aussagekräftiges Bild. Insgesamt liegt die Inanspruchnahme von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen im Allgemeinen und infolge der Indikationen des psychologisch-psychiatrischen Formenkreises bei Migrantinnen und Migranten leicht unter den entsprechenden Raten in der deutschen Bevölkerung. Ein erstes Beispiel mit spezifischeren Ergebnissen findet sich in Übersicht 3.3. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen zeigen als Indikationen für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen in ihrem Verlauf eine eindeutige Struktur.

**Übersicht 3.3: Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-19) bei nicht deutschen und deutschen Frauen und Männern ( $MR_{spez}$  pro 100.000 Versicherte)**

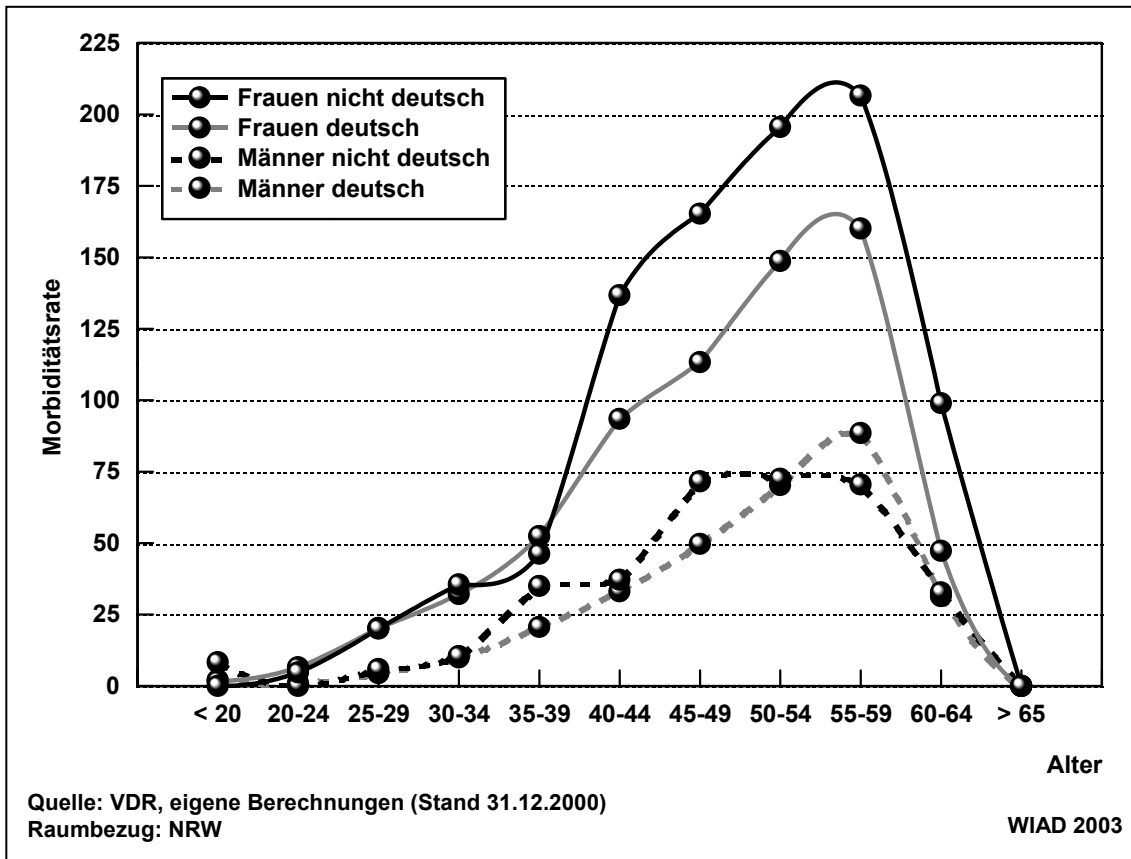


Während besonders die männlichen Migranten das Rehabilitationsgeschehen in den jüngeren Jahren dominieren, zeigt sich in den mittleren Altersgruppen insoweit ein umgekehrtes Bild, als hier die deutschen Männer besonders hohe Raten aufweisen. Während die erst genannten Spitzenwerte vor allem aus einem hohen Konsum nichtalkoholischer psychotroper Substanzen (u.a. Opioide) besonders unter den männlichen Migranten herrühren, der sich unter deutschen Männern nur abgeschwächt in der Rehabilitationsstatistik widerspiegelt, resultiert das hohe Niveau in den mittleren Altersgruppen vornehmlich aus einem häufigeren krankheitswertigen Alkoholkonsum der deutschen Männer, der sich umgekehrt nur abgeschwächt unter den Migranten als Indikation wiederfindet. Migrantinnenspezifisch zeigt sich hier die Tatsache, dass der Gebrauch psychotroper Substanzen im Rehabilitationsgeschehen eine vergleichsweise untergeordnete Rolle spielt. Während die Morbiditätsraten bei deutschen Frauen aufgrund von Alkoholabhängigkeit ebenfalls ansteigen, weisen die Migrantinnen konstant die niedrigsten Raten auf. Es zeigt sich also, dass Migrantinnen gemäß den Statistiken des VDR nicht generell besonders exponiert sind, sondern dass vielmehr eine, wie Übersicht 3.2 bereits gezeigt hat, spezifische gesundheitliche Problemlage vorherrscht, die im Einzelnen heraus zu arbeiten ist.

Bei den Männern deutlich seltener, bei den Frauen besonders in den mittleren Altersgruppen deutlich häufiger (bis etwa 235 pro 100.000 Versicherte bei den deutschen Frauen und bis etwa 272 bei den Migrantinnen) treten in den Daten Diagnosen zum Vorschein, die laut ICD-10 den affektiven Störungen (F30-39) zuzurechnen sind. Ein Großteil der dahinter verborgenen Morbidität (zwischen 70 und 80%) ist den Diagnosen F32 und F33 zuzuschreiben, die in Übersicht 3.4 aufgrund ihrer Wesensverwandtschaft aufsummiert wiedergegeben sind.



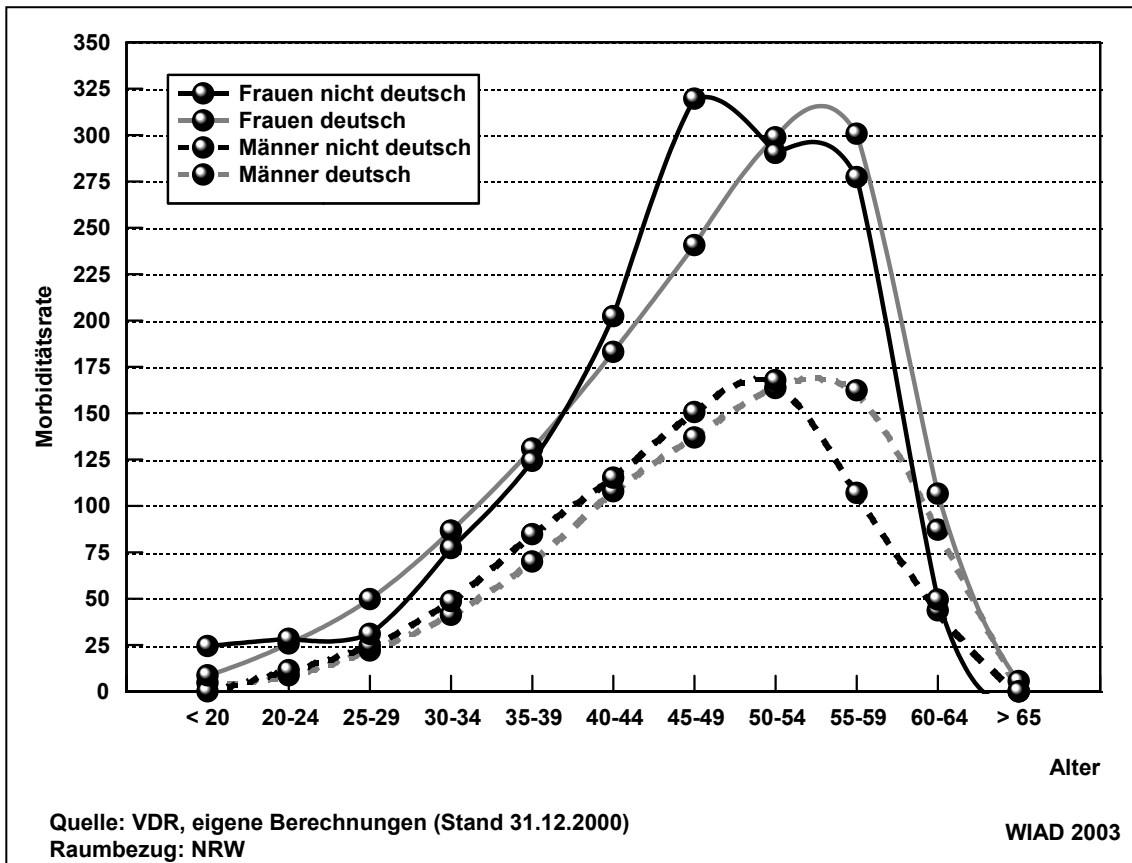
**Übersicht 3.4: Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen aufgrund depressiver Erkrankungen (F32-33) bei nicht deutschen und deutschen Frauen und Männern ( $MR_{spez}$  pro 100.000 Versicherte)**



Es zeigt sich, dass Frauen generell bereits in jüngeren Jahren deutlich höhere Raten aufweisen als Männer, obwohl die Werte auch bei diesen mit zunehmendem Alter ansteigen. Darüber hinaus fällt spezifisch für die Migrantinnen ins Auge, dass die Raten der deutschen Frauen ab der Altersgruppe der 40- bis 44-Jährigen deutlich weniger stark ansteigen und ab der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen entsprechend schneller wieder abfallen als bei den nicht deutschen Frauen. Ab der Altersgruppe der 40- bis 44-Jährigen weisen die Migrantinnen somit die mit Abstand höchsten Raten aller analysierten Subgruppen auf und erreichen mit einer Rate von etwa 205 pro 100.000 versicherter nicht deutscher Frauen in der Gruppe der 55- bis 59-Jährigen den absoluten Spitzenwert. Aufgrund der Dominanz der beiden spezifisch betrachteten, aufaddierten Diagnosen zeigt sich auch der Kurvenverlauf dieser übergeordneten Gruppe (F30-39) dem in Übersicht 3.4 dargestellten sehr ähnlich.

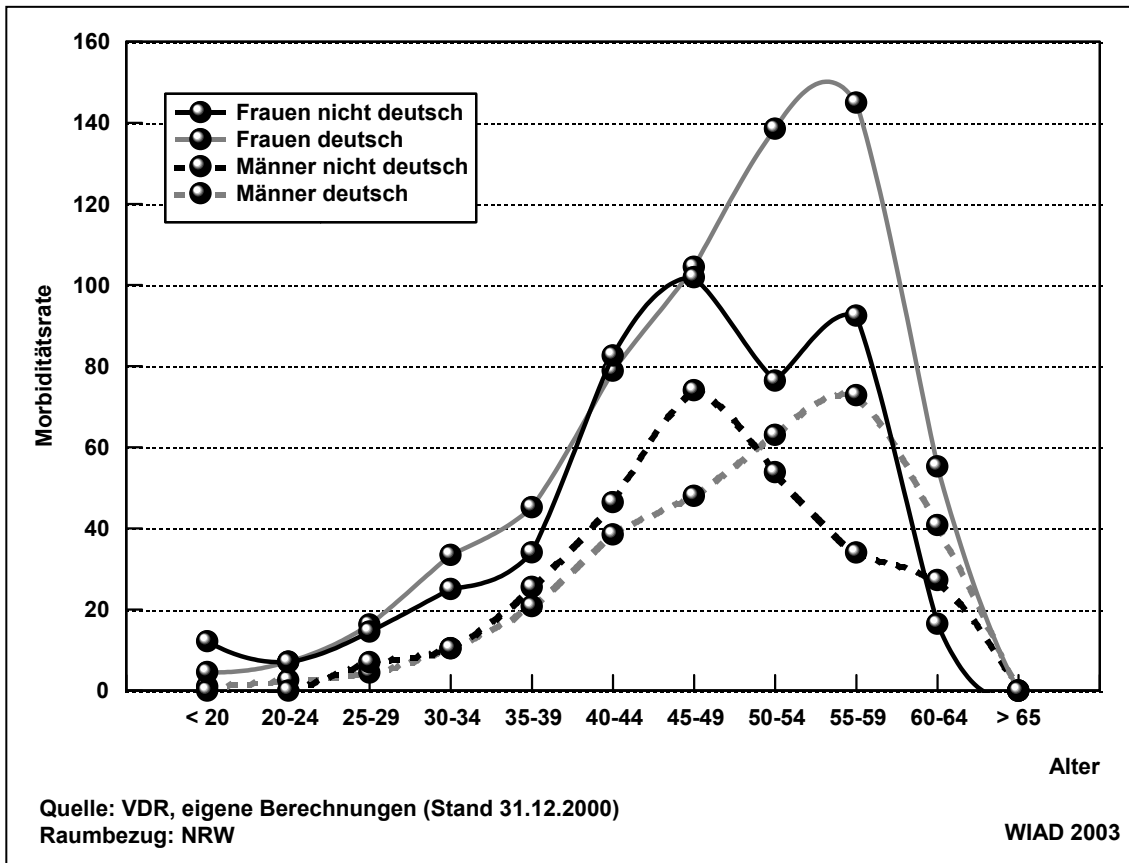
Ein vergleichsweise zunächst etwas uneinheitliches Bild ergibt sich, wenn man dagegen die Diagnosegruppen F40-48 altersspezifisch betrachtet (Übersicht 3.5).

**Übersicht 3.5: Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen aufgrund neurotischer, Belastungs- und somatoformer Störungen (F40-48) bei nicht deutschen und deutschen Frauen und Männern ( $MR_{spez}$  pro 100.000 Versicherte)**



Zunächst zeigt sich auch hier ein geringeres Rehabilitationsaufkommen bei den Männern, bei denen sich Migranten und deutsche Männer nur marginal voneinander unterscheiden. Letzteres gilt auch bezogen auf die Frauen, allerdings fällt auf, dass die Kurve der Migrantinnen ihren Höhepunkt in einem früheren Alter erreicht als diejenige der deutschen Frauen. Geht man den unter der Diagnosegruppe F40-48 zusammengefassten Einzeldiagnosen gesondert nach, so zeigt sich bei Betrachtung besonders der Diagnosen F43 (Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen) und F45 (somatoforme Störungen), dass hinter diesem Phänomen weniger ein Alterseffekt als vielmehr ein unterschiedliches Krankheits- bzw. Diagnoseaufkommen gemäß der Indikationen zur Rehabilitation verborgen ist. Übersicht 3.6 zeigt dies zunächst am Beispiel der Diagnosegruppe F43.

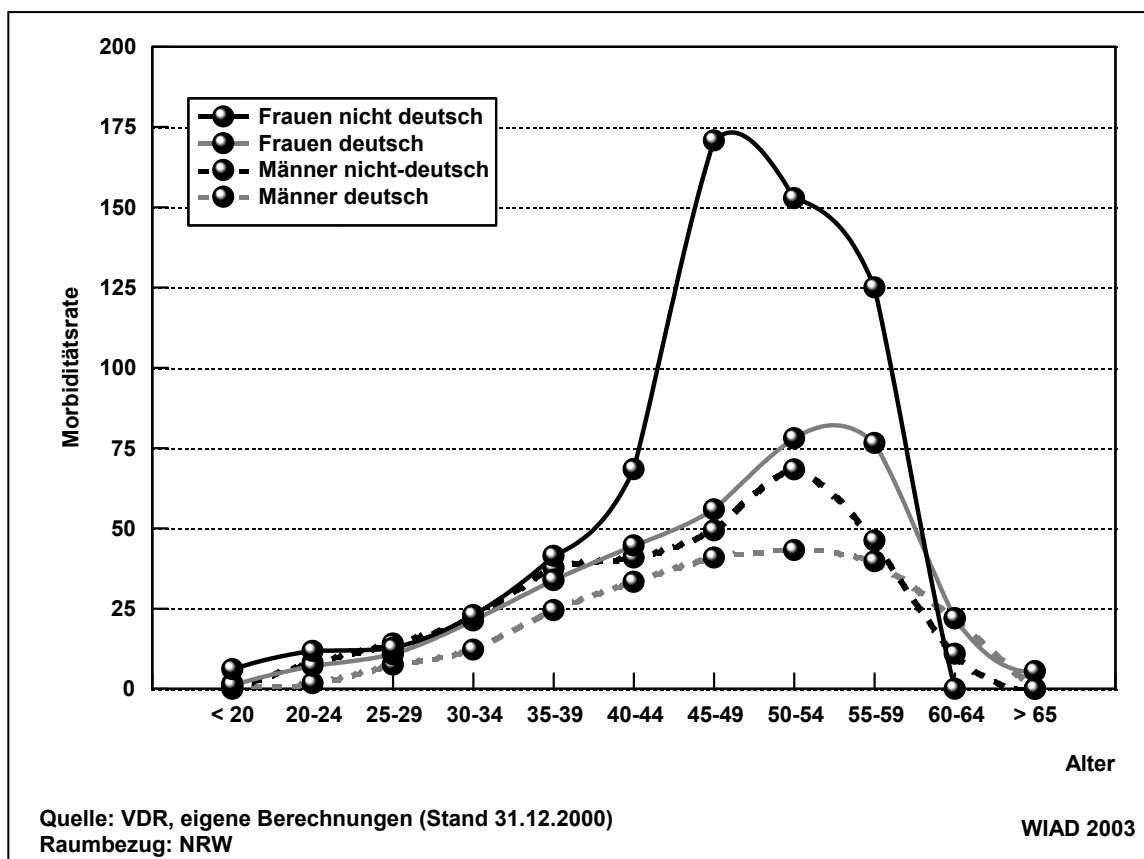
**Übersicht 3.6: Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen aufgrund von Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) bei nicht deutschen und deutschen Frauen und Männern ( $MR_{spez}$  pro 100.000 Versicherte)**



Bei den weiblichen Versicherten zeigt sich im Vergleich von deutschen und nicht deutschen Frauen, dass der Kurvenverlauf bis zur Altersgruppe der 45- bis 49-Jährigen nahezu identisch ist. Ab diesem Alter weisen die deutschen Frauen ein deutlich höheres Aufkommen an medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen mit der entsprechenden Indikation auf. Insgesamt zeigen sich Maßnahmen infolge von Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen damit als Phänomen, welches zum einen generell häufiger bei Frauen zu finden ist als bei Männern, welches andererseits jedoch auch besonders häufig bei deutschen Frauen ab einem Alter von etwa 50 Jahren zu finden ist. Dieses Phänomen erklärt zum Teil die Spitzenwerte in den Altersgruppen der 50- bis 60-Jährigen Frauen in Übersicht 3.5, also bezogen auf das Aufkommen aller Diagnosen der übergeordneten Gruppe F40-48. Allerdings zeichnet sich in Übersicht 3.6 auch ab, dass der Höhepunkt bei den Migrantinnen in einer jüngeren Altersgruppe, nämlich bei den 45- bis 49-Jährigen zu finden ist. Die beiden unterschiedlichen Spitzenwerte in Übersicht 3.5 rühren also aus einer Mischung von Alterseffekten und einer unterschiedlichen Dia-

gnostik in unterschiedlichen Altersgruppen her. Dies erklärt sich weiter, wenn man Übersicht 3.7 betrachtet, die mit F45 (somatoforme Störungen) eine weitere Einzeldiagnose der übergeordneten Gruppe F40-48 altersspezifisch wiedergibt.

**Übersicht 3.7: Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen aufgrund somatoformer Störungen (F45) bei nicht deutschen und deutschen Frauen und Männern ( $MR_{spez}$  pro 100.000 Versicherte)**

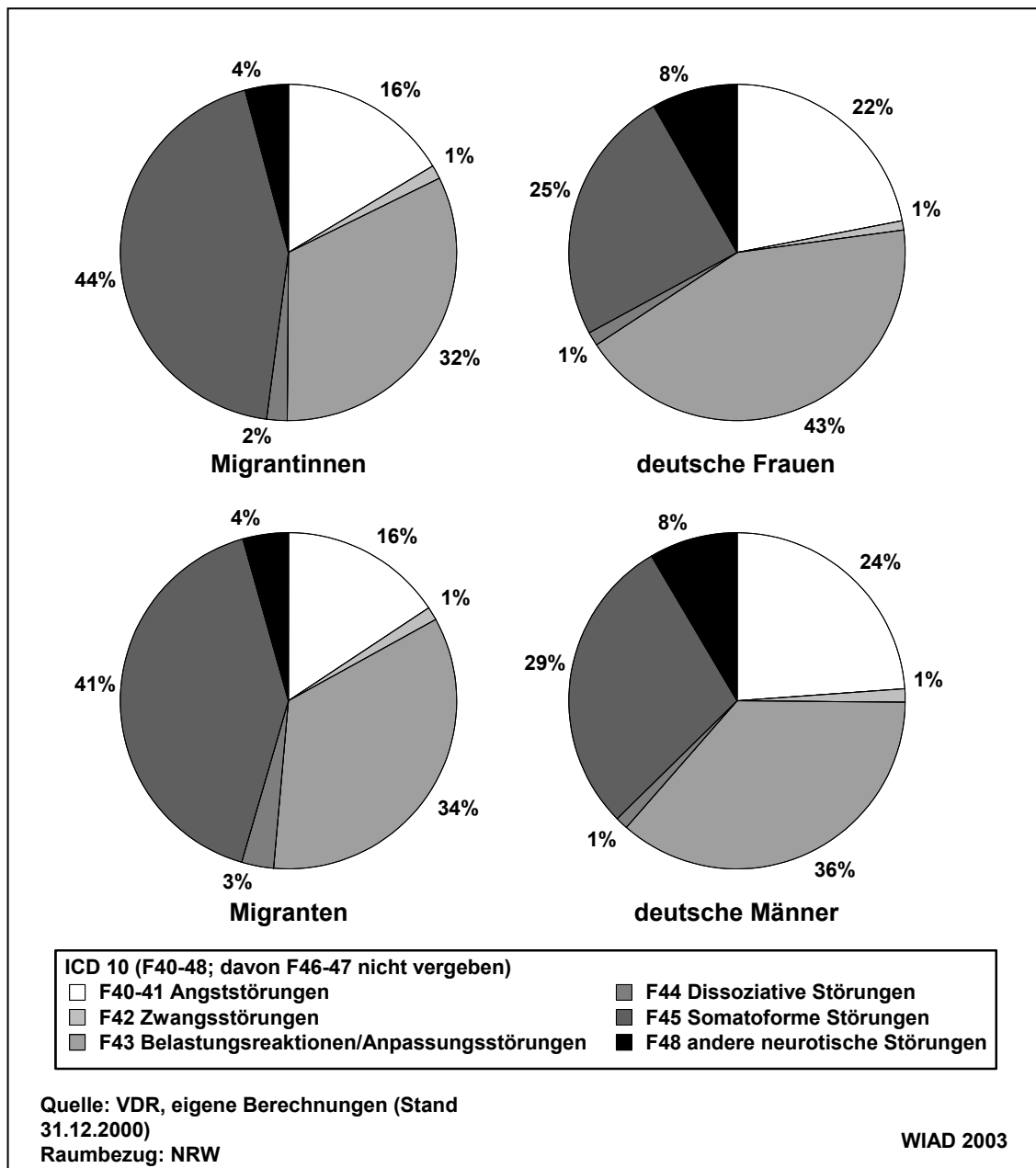


Im Gegensatz zur Diagnose F43 zeigen sich somatoforme Störungen als Indikationen für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen als spezifisches Phänomen von Migrantinnen. Grundsätzlich liegen zwar auch die Werte der deutschen Frauen ab den mittleren Altersgruppen oberhalb der Werte der Männer, wie auch bei den männlichen Migranten gegenüber den deutschen Männern ein höheres Aufkommen festzustellen ist, das eigentlich Auffällige an Übersicht 3.7 sind jedoch die ab dem Alter von etwa 40 Jahren stark ansteigenden Morbiditätsraten der Migrantinnen und die extrem erhöhten Werte in den Altersgruppen der 45- bis 59-Jährigen. Hier, wie auch in Übersicht 3.6, zeigt sich zudem ein früherer Anstieg bei den Migrantinnen als bei den deutschen Frauen. Damit bestätigt sich die Erklärung der Kurvenverläufe in Übersicht 3.5, nach der innerhalb der Diagnosegruppe F40-48 ein im Vergleich zu den deutschen Frauen

früher Morbiditätsanstieg bei den Migrantinnen einher geht mit verschiedenen spezifisch häufiger als Indikation vorkommenden Diagnosen (F43 bei den deutschen Frauen bzw. F45 bei den Migrantinnen).

Entsprechend haben, wie im Folgenden Übersicht 3.8 zeigt, beide Diagnosen bei Migrantinnen und deutschen Frauen einen großen Anteil innerhalb der Diagnosegruppe F40-48 nämlich knapp 70% bei den deutschen Frauen und gut 75% bei den Migrantinnen.

**Übersicht 3.8: Anteil der Einzeldiagnosen innerhalb der ICD-10 Gruppe neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-48) bei nicht deutschen und deutschen Frauen und Männern (%)**



Während jedoch den größten Einzelanteil bei den deutschen Frauen die Diagnose F43 mit über 40% (Migrantinnen 32%) ausmacht, ist dies bei den Migrantinnen die Diagnose F45 mit nahezu 45% (deutsche Frauen 25%). Ein ähnliches Bild bezüglich der Anteile der Einzeldiagnosen zeigt sich auch bei den Männern, wobei zu Bedenken ist, dass die Häufigkeit von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen aufgrund der entsprechenden Dimensionen, wie gezeigt, insgesamt deutlich unter den Raten der Frauen lag.

Auch wenn die altersspezifisch gefundenen Differenzen zwischen Migrantinnen und deutschen Frauen (bzw. zwischen Migranten und deutschen Männern) in den Übersichten 3.3 bis 3.7 teilweise mehr als auffällig sind, können generalisierende Aussagen, dass bestimmte Rehabilitation bedingende Indikationen in der einen Gruppe häufiger auftreten als in der anderen, auf dieser Basis nicht getroffen werden. Der Grund liegt darin, dass die einzelnen Altersgruppen bei Migrantinnen und deutschen Frauen in der Grundgesamtheit der Versicherten unterschiedlich stark besetzt sind. Dies führt dazu, dass gerade den Auffälligkeiten bei den Migrantinnen in mittleren und besonders älteren Altersgruppen, über alle Altersgruppen hinweg gesehen, eine weniger große Bedeutung zukommt als den Raten in den jüngeren Altersgruppen, da die Altersverteilung in der Grundgesamtheit stark besetzte jüngere Altersgruppen und weniger stark besetzte ältere Altersgruppen aufweist. Entsprechend kommt den Morbiditätsraten in den älteren Altersgruppen bei den deutschen Frauen größeres Gewicht zu als den Werten in den jüngeren Altersgruppen, da die deutsche Bevölkerung tendenziell älter ist als die der MigrantInnen.

Dieser Unterschied wird bei der indirekten Standardisierung in einem einzelnen Wert berücksichtigt, indem die Morbiditätsrate der Standardpopulation (deutsche Frauen bzw. Männer) mit der Altersverteilung der Studienpopulation (hier Migrantinnen bzw. Migranten) gewichtet werden. Man erhält also die Morbiditätsrate, die in der Studienpopulation zu erwarten wäre, wenn das Krankheitsaufkommen dasselbe wäre wie in der Standardpopulation. Setzt man die tatsächliche Rate der Studienpopulation mit dieser altersstandardisierten Rate ins Verhältnis, so erhält man eine standardisierte Morbiditätsratio (SMR), die angibt, um wieviel die Rate der Studienpopulation gegenüber der Standardpopulation erhöht ist, wenn die unterschiedliche Altersstruktur berücksichtigt wird. Übersicht 3.9 gibt diese Raten bezüglich der hier behandelten Diagnosegruppen und Einzeldiagnosen tabellarisch wieder.

**Übersicht 3.9: Geschlechtsspezifische SMRs und Konfidenzintervalle zu ausgewählten ICD-10 Diagnosen (F00-99) zum Vergleich nicht deutscher und deutscher Versicherter**

|                           | Frauen       |        |       | Männer       |        |       |
|---------------------------|--------------|--------|-------|--------------|--------|-------|
|                           | SMR          | KI 95% |       | SMR          | KI 95% |       |
| <b>Reha gesamt</b>        | <b>0,945</b> | 0,896  | 0,995 | <b>0,973</b> | 0,927  | 1,021 |
| <b>F00-99</b><br>darunter | <b>0,952</b> | 0,845  | 1,069 | <b>0,879</b> | 0,770  | 1,000 |
| <b>F10-19</b><br>darunter | <b>0,372</b> | 0,210  | 0,608 | <b>0,747</b> | 0,609  | 0,908 |
| <b>F10</b>                | <b>0,275</b> | 0,121  | 0,536 | <b>0,457</b> | 0,324  | 0,626 |
| <b>F11-19</b>             | <b>0,631</b> | 0,255  | 1,293 | <b>1,224</b> | 0,941  | 1,567 |
| <b>F30-39</b><br>darunter | <b>1,193</b> | 0,977  | 1,443 | <b>1,139</b> | 0,811  | 1,555 |
| <b>F32-33</b>             | <b>1,286</b> | 1,020  | 1,602 | <b>1,128</b> | 0,761  | 1,611 |
| <b>F40-48</b><br>darunter | <b>1,024</b> | 0,860  | 1,211 | <b>1,003</b> | 0,785  | 1,262 |
| <b>F43</b>                | <b>0,786</b> | 0,572  | 1,054 | <b>0,969</b> | 0,627  | 1,433 |
| <b>F45</b>                | <b>1,816</b> | 1,386  | 2,338 | <b>1,426</b> | 0,960  | 2,039 |

F00-99 – Psychische und Verhaltensstörungen

F10-19 – Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

F10 – Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol

F11-19 – Psychische und Verhaltensstörungen durch weitere Formen des Gebrauches psychotroper Substanzen

F30-39 – Affektive Störungen

F32-33 – Depressive Episode bzw. rezidivierende depressive Störung

F40-48 – Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

F43 – Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

F45 – Somatoforme Störungen

SMR Standardisierte Morbiditätsratio

KI 95% – 95%-Konfidenzintervall

**Quelle: VDR (Stand 31.12.2000), eigene Berechnungen  
Raumbezug NRW**

**WIAD 2003**

Die SMRs, die oberhalb des Wertes 1 liegen, repräsentieren jene Diagnosen, aufgrund derer die MigrantInnen auch altersstandardisiert höhere Rehabilitationsraten aufweisen als die Deutschen des jeweiligen Geschlechts. Bei den Migrantinnen betrifft dies die affektiven Störungen (F30-39) und hierunter besonders die depressiven Erkrankungen (F32-33) sowie die Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F40-48) und hierunter besonders die somatoformen Störungen (F45). Bei den Männern lässt sich zudem eine Erhöhung bei den psychischen und Verhaltensstörungen durch weitere Formen des Gebrauches psychotroper Substanzen (außer Alkohol (F10)) (F11-19) feststellen. An den Stellen hinter dem Komma lässt

sich dabei der Prozentsatz ablesen, um den die Raten altersstandardisiert erhöht sind. Dabei sind depressive Erscheinungen bei den Migrantinnen im Vergleich zu den deutschen Frauen um 28,6% und somatoforme Störungen um 81,6% (Migranten gegenüber deutschen Männern 42,6%) erhöht. Der so gemessene Effekt fällt damit bei den Frauen stärker aus als bei den Männern. Die in Übersicht 3.2 bereits als quantitativ gewichtigste Indikationen für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen ausgemachten Diagnosen (F32-F33, F45) bestätigen also ihre negativ herausragende Bedeutung altersstandardisiert für die Migrantinnen im Allgemeinen und altersspezifisch für die Migrantinnen mittleren und höheren Alters im Besonderen. Zudem sind diese beiden Kategorien in Übersicht 3.9 die einzigen, die in ihrem 95%-Konfidenzintervall einen Nulleffekt ausschließen, was bedeutet, dass die Wahrscheinlichkeit, dass das SMR anstelle der angegebenen Punktschätzung in Wahrheit in der Grundgesamtheit unterhalb von 1 liegt, unter einer Wahrscheinlichkeit von 5% liegt.

Will man diese Ergebnisse interpretieren, so sieht man sich zunächst vor das Problem gestellt, dass es sich hier um Inanspruchnahmedaten und damit nicht um Prävalenz- oder Inzidenzinformationen handelt. Die Maßzahlen drücken also die Häufigkeit aus, mit der Maßnahmen vor dem Hintergrund einer bestimmten Diagnose, die im Entlassungsbericht niedergelegt ist, durchgeführt wurden. Das zugrunde liegende Krankheitsbild ist dabei soweit fortgeschritten, dass die die Maßnahme zumeist initiiierenden behandelnden ÄrztInnen die Erwerbsfähigkeit der Patientin zum einen zwar als massiv eingeschränkt angesehen haben, zum anderen jedoch davon überzeugt sind, dass dieser Zustand nicht zwangsläufig von Dauer ist, sondern mit rehabilitativen Interventionen möglicherweise beendet werden kann. Damit spiegeln sich für die Population der erwerbstätigen Bevölkerung Erkrankungen einer besonderen Schwere wieder, die das Versorgungssystem zu bestimmten Interventionen, nämlich medizinischer Rehabilitation veranlassen.

Wie gesehen, liegt die Inanspruchnahme solcher Maßnahmen bei Migrantinnen und Migranten generell leicht unter der entsprechenden Inanspruchnahme in der deutschen Bevölkerung. Eine Ausnahme in Bezug auf psychische Erkrankungen bei Migrantinnen stellen dagegen depressive Episoden bzw. rezidivierende Störungen wie auch somatoforme Störungen dar, bei denen die Inanspruchnahme besonders in mittleren und höheren Altersgruppen stark erhöht ist. Dies muss bei Inanspruchnahmedaten, die direkt mit ärztlichen Befunden in Verbindung stehen, nicht zwangsläufig auf unterschiedliche Erkrankungshäufigkeiten hinweisen, sondern kann auch auf ein spezifisches Ordnungsverhalten bzw. Diagnoseverhalten von ÄrztInnen zurückgehen, die zwischen MigrantInnen und Deutschen differierende Symptomkomplexe diagnostisch anders klassifizieren, auch wenn möglicherweise ähnliche Ursachen vorliegen. Die Realität liegt wohl dazwischen, denn zum einen ist bekannt, dass Depressionen bei MigrantInnen insgesamt häufig vorkommen und dass ein eher ganzheitliches Krankheitsempfinden auf Seiten der Betroffenen dazu führt, dass psychische Belastungen somatisiert werden und sich folglich körperlich äußern. Zum anderen ist ebenfalls bekannt, dass Migrantinnen und Migranten infolge dieser Somatisierungstendenzen besonders exponiert sind, aufgrund von Diagnoseproblemen fehlbehandelt zu werden (Collatz, 2001; Yilmaz et al., 2000; Diefenbacher & Heim, 1997).



Gerade die in der Rehabilitationsstatistik gefundenen hohen Raten somatoformer Störungen deuten auf zweierlei hin. Einerseits wird offensichtlich von vielen behandelnden ÄrztInnen spätestens während der Rehabilitation erkannt, dass körperliche Beschwerden bei Migrantinnen häufig möglicherweise eher psychische Ursachen haben, da die körperlich orientierten medizinischen Untersuchungen ohne Befund bleiben. Ein pauschaler Vorwurf der Fehldiagnostik ist also an die Ärzteschaft zumindest auf Basis der Rehabilitationsdaten nicht angebracht, da das Phänomen als solches in einer Häufigkeit erkannt wird, dass es sich statistisch überaus auffällig niederschlägt. Andererseits deutet das häufige Aufkommen von somatoformen Störungen auch häufig darauf hin, dass die Diagnose möglicherweise auch am Ende der Rehabilitationsmaßnahme nicht abgeschlossen ist, denn die Somatisierung an sich verweist mehr auf die Symptome als auf die Ursachen. Auch hinter einer somatoformen Störung können sich letztendlich eine Depression, eine neurotische Störung, Beziehungskonflikte oder einschneidende Lebensereignisse verbergen. Auf die hohen Raten an Komorbidität bei somatoformen Störungen, die sich in diesem Zusammenhang u.a. auch als Ausdruck von Depressionen oder Angststörungen darstellen, wird in der Literatur immer wieder hingewiesen (Kapfhammer 2001, Kirmayer 2001). Es ist in der Literatur unabhängig davon darauf hingewiesen worden, dass Klassifikationen wie ICD-10 in der ärztlichen Praxis dazu verleiten können, den diagnostischen Prozess zu einer Klassifizierungsaufgabe zu verkürzen (de Jong, 2001).

Dieses Ergebnis einer vorläufigen Klassifizierung findet sich möglicherweise in der dargestellten Statistik wieder, die in diesem Sinne auch das Ergebnis teilweise noch un abgeschlossener ärztlicher Arbeit ist. Sprach- und Kulturprobleme, wie sie auch von ÄrztInnen selbst in empirischen Studien bestätigt werden (Koch, 2000a), können einer solchen vorläufigen Klassifizierung Vorschub leisten. Bei somatoformen Störungen liegt es nach Ehrig jedoch „in der Hand des behandelnden Arztes, einen Teil dieser Übersetzungsarbeit der körperlichen Symptome in die eigentlich dahinter liegenden Konflikte für und mit dem Patienten zu leisten. Da dieser Prozess bereits bei deutschen Patienten oft einer großen Anstrengung bedarf, lässt sich nur erahnen, wie kompliziert eine solch doppelte Übersetzungsarbeit bei ausländischen Patienten ist.“ (Ehrig, 1996, S.57). Dieser Übersetzungsprozess ist von den behandelnden ÄrztInnen bei somatisierenden PatientInnen möglicherweise häufig noch nicht abgeschlossen worden, denn hinter der Diagnose somatoformer Störungen verbirgt sich ein zunächst vor allem medizin-soziologisch eingefärbter Zusammenhang, der in der ICD festgeschrieben und damit ins ärztliche Diagnoseverhalten fest integriert worden ist. Dieser beschreibt das Insistieren der PatientInnen auf somatische Diagnostik und Therapie trotz fehlender organischer Befunde und deutet damit vor allem auch auf einen spezifischen Aspekt der Arzt-Patientin-Beziehung hin, der von diesen PatientInnen nach Auffassung der ÄrztIn konstituiert wird (Kapp et al., 1997a). Es ist jedoch darauf zu verweisen, dass die Ärztin bzw. der Arzt neben einer Primärdiagnose mehrere Ergänzungsdiagnosen in ihre bzw. seine Differentialdiagnose aufnehmen kann, und dies in aller Regel auch tut. Wie differenziert somatoforme Störungen tatsächlich diagnostisch ergänzt werden, kann aus der Rehabilitationsstatistik jedoch nicht herausgelesen werden. Die hier vorgenommenen Inter-

pretationen stellen somit auch nur einen möglichen Erklärungsansatz der überaus auffälligen Inanspruchnahmehäufung aufgrund somatoformer Störungen dar.

In jedem Fall jedoch ist der Übergang zwischen den Extrempolen von Somatisierung und Psychologisierung in der Präsentation, die PatientInnen von ihrem Leiden geben bzw. in der Definition die sie akzeptieren, jedoch kein diagnostisch streng klassifizierbarer, wie in der ICD suggeriert, sondern ein dimensional fließender Übergang (Kapfhammer, 2001). PatientInnen mit somatoformer Störung sind demgemäß keine prinzipiell andere Gruppe als PatientInnen mit Depressionen, sondern sie präsentieren zu einem großen Teil ihr psychisches Leiden anders. Dieses Verhalten wird dabei teilweise auch von einer Überbetonung körperlichen Leidens mitbestimmt, wenn die sprachlichen Ausdrucksmöglichkeiten gegenüber der Ärztin bzw. dem Arzt fehlen, ein Problem, welches besonders auch bei Migrantinnen eine Rolle spielen dürfte (Kapp et al., 1997b). Depression und Somatisierung stellen damit innerhalb der medizinischen Rehabilitation einen gemeinsamen Problemzusammenhang dar, der in der Gruppe der Migrantinnen besonders deutlich wird.

Die Statistiken bestätigen also in jedem Fall, dass Somatisierungstendenzen ein migrantInnen- und vor allem auch migrantinnenspezifisches Problem im Prozess des ärztlichen Handelns darstellen, welches auf dahinter verborgene und in der Statistik nicht sichtbare Phänomene verweist, die so der schlussendlichen Aufklärung im weiteren Behandlungsprozess zugewiesen werden. Die Häufung von depressiven Erscheinungen und somatoformen Störungen bei den Migrantinnen verweist insgesamt auf eine spezifische Problemlage in der abhängig beschäftigten Bevölkerung, indem berufstätige Migrantinnen in mittleren und höheren Altersgruppen als besonders exponiert im Vergleich zu ihren deutschen Geschlechtsgenossinnen gelten müssen. Die Diagnose somatoformer Störungen scheint in diesem Zusammenhang nicht zuletzt auf eine häufig unvollständige Arzt-Patient-Interaktion hinzudeuten, als deren Ergebnis die psychische Ursache grundsätzlich zwar erkannt wird, eine klarere Diagnose jedoch möglicherweise noch aussteht. Allerdings eröffnet sich hier ein neuer Problemzusammenhang, der im Rahmen zukünftiger rehabilitationswissenschaftlicher Forschung genau aufzuklären wäre. Pauschalisierende Aussagen über ein Versagen medizinischer Teilsysteme in der Behandlung von MigrantInnen sollten auf dieser Basis nicht getroffen werden.

Abschließend ist hier noch darauf hinzuweisen, dass als weiterer Aspekt die Tatsache hinzutritt, dass Somatisierungstendenzen nicht nur als migrationspezifisches, sondern auch als soziostrukturelles Phänomen zu sehen ist (Diefenbacher & Heim, 1997). Danach neigen besonders Frauen in sozio-ökonomisch benachteiligten Lebenslagen, unabhängig von ihrer Herkunft häufiger zu Somatisierung als besser gestellte Frauen (und Männer), bei denen im Gegensatz von einer "Entkörperlichung des Leidens" gesprochen werden kann (Pfeiffer, 1996). Ein Teil der Häufung somatoformer Störungen muss damit auch auf die sozialstrukturelle Stellung berufstätiger Migrantinnen zurückgeführt werden, die jedoch für sich genommen und im Zusammenspiel

mit den Erfahrungen im Aufnahmeland auch als migrationspezifische Lebenslage anzusehen sind.

### **3.3 Surveyauswertungen**

#### **3.3.1 Gesundheitssurveys**

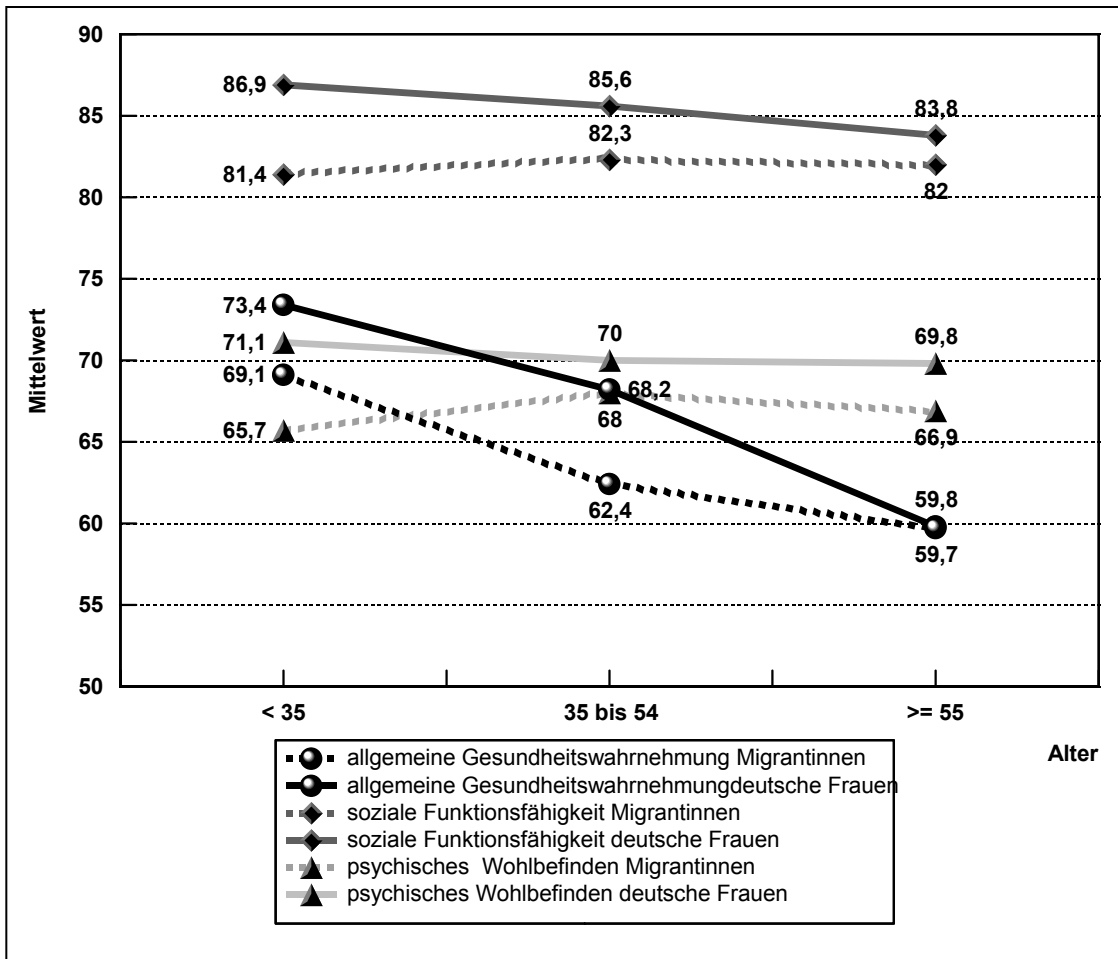
In den Gesundheitssurveys des Bundes und der Länder Nordrhein-Westfalen und Bayern sind MigrantInnen zwar insofern nicht aus der Untersuchung ausgeschlossen, als sich die Stichprobenziehung auf die Wohnbevölkerung in Deutschland erstreckt, aber insoweit, als ausreichende Deutschkenntnisse Voraussetzung zur Teilnahme an den Surveys waren (Stolzenberg, 2000). Damit beinhalten die Gesundheitssurveys unabhängig von der Staatsangehörigkeit nur Migrantinnen und Migranten mit guten Deutschkenntnissen und damit eine ZuwanderInnenstichprobe, die tendenziell besser integrierte MigrantInnen enthält. Aufgrund dieser positiven Verzerrung sind Ergebnisse bezüglich Unterschieden zwischen MigrantInnen und deutschen Frauen und Männern nicht in einer Weise zu erwarten, wie bei einer systematischen, repräsentativen Einbeziehung einzelner oder mehrerer MigrantInnengruppen. Um die Quantität der MigrantInnenstichprobe zu erhöhen, wurden Bundes- und Landesgesundheitsurveys nicht gesondert analysiert, sondern es wurden die Migrantinnen und Migranten aus allen drei Surveys zu einer Stichprobe zusammengefasst und mit den deutschen Befragten des Bundesgesundheitsurveys verglichen. Dabei wurden neben nicht deutschen Befragten auch diejenigen als MigrantInnen gewertet, die eine deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, aber nicht in Deutschland geboren sind. Die MigrantInnenstichprobe enthält damit auch Aussiedlerinnen und Aussiedler und andere eingebürgerte Personen sowie, was nicht vermeidbar war, Deutsche, die nicht als AussiedlerInnen zu bezeichnen sind, aber im Ausland geboren wurden. Die so generierte MigrantInnenstichprobe enthält 493 Migrantinnen und 441 Migranten und damit insgesamt 934 Befragte. Die Daten wurden, um die jeweiligen Effekte auf Gesundheitsparameter auszuschließen, nach Alter gewichtet bzw. altersspezifisch ausgewertet und grundsätzlich nach sozialer Schicht gewichtet.

Insgesamt enthalten die Gesundheitssurveys (bzw. deren Public Use Files) nur wenige Informationen zur psychischen Gesundheit, und bei den meisten Parametern waren keine signifikanten Unterschiede zwischen MigrantInnen und deutschen Frauen und Männern zu finden. Dies trifft beispielsweise auf die Selbstangaben zu aktuell oder in der Vergangenheit erlebten psychischen bzw. psychisch bedingten Krankheitserscheinungen, wie 'Psychische Erkrankung (z.B. Angstzustände, Depression, Psychose)' (Migrantinnen 13,2%/deutsche Frauen 14,6%), 'Essstörung (Bulimie, Anorexia nervosa)' (3%/2,5%) oder 'Sucht- oder Abhängigkeitserkrankung (Medikamente, Drogen, Alkohol)' (2,1%/1,3%) zu. Gleiches gilt auch für die Inanspruchnahme von 'Nervenarzt, Psychiater' (6,2%/6,5%) und 'Psychotherapeut' (3,6%/3,7%) in den 12 Monaten vor der Befragung. Keiner der gefundenen Unterschiede war statistisch signifikant. Dabei ist zu

bedenken, dass Prävalenzen schwerwiegenderer Erkrankungen bzw. Häufigkeiten der Inanspruchnahme in einer Querschnitterhebung prozentual nur bei einem sehr kleinen Teil der Befragten überhaupt gefunden werden, was die Gültigkeit daraus abgeleiteter Aussagen abschwächt.

Diesem Problem kann jedoch begegnet werden, wenn man anstelle häufigkeitsbasierter Maßzahlen auf Mittelwerte zurückgreift, also auf Maße, bei denen von jedem Befragten eine ver- und bewertbare Angabe vorliegt. Diese Möglichkeit bietet sich mit der Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, wie sie in den Gesundheitssurveys mit Hilfe des sogenannten SF-36 Fragebogens vorgenommen worden ist. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität definiert sich hierbei über acht Dimensionen, die über verschiedene Indices quantifiziert werden. Drei dieser Indices ergaben im Mittelwertvergleich zwischen Migrantinnen und deutschen Frauen signifikante Ergebnisse, nämlich die Dimensionen 'Allgemeine Gesundheitswahrnehmung', 'Soziale Funktionsfähigkeit' und 'Psychisches Wohlbefinden'. In Übersicht 3.10 sind die altersspezifischen Mittelwerte (Skala 0 bis 100) wiedergegeben. Dabei interessieren weniger die Mittelwerte an sich als die Unterschiede zwischen den Gruppen.

**Übersicht 3.10: Ausgewählte Dimensionen gesundheitsbezogener Lebensqualität (SF-36) bei Migrantinnen und deutschen Frauen nach Alter (arithmetisches Mittel)**



Quelle: Bundes- /Landesgesundheitsveys 1998/2000  
Raumbezug: Bundesgebiet

WIAD 2003

In die Dimension allgemeiner Gesundheitswahrnehmung fließen zum einen die Informationen über die subjektive Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes ein, wie auch die Erwartungen bezüglich der zukünftigen Gesundheit und vergleichende Bewertungen der eigenen mit der Gesundheit von anderen Menschen. Signifikant niedrigere Werte weisen Migrantinnen gegenüber deutschen Frauen in der Altersgruppe der unter 35-Jährigen und der 35- bis 54-Jährigen auf. Bei den Frauen, die 55 Jahre oder älter sind, verschwindet dieser Unterschied.

In die Dimension sozialer Funktionsfähigkeit fließen Informationen über die Häufigkeit und Intensität der Beeinträchtigung von Sozialkontakten zu anderen Menschen (FreundInnen, Verwandte, Bekannte) aufgrund seelischer oder körperlicher Probleme in den vier Wochen vor der Befragung ein. Im Mittelpunkt steht also die Fähigkeit der Befragten, ihre Sozialkontakte zu

pflegen und Freizeitaktivitäten wie Besuche bei anderen Menschen außer Haus vornehmen zu können. Wie bei der allgemeinen Gesundheitswahrnehmung zeigt sich auch bei der Erfüllung der sozialen Funktionsfähigkeit, dass eine Einschränkung aufgrund gesundheitlicher Probleme vor allem bei den jüngeren und den Migrantinnen mittleren Alters signifikant häufiger zu finden ist als bei den deutschen Frauen. Da ein altersbedingter Rückgang bei dieser Dimension nur bei den deutschen Frauen zu finden ist, verringert sich der Unterschied zwischen beiden Gruppen mit zunehmendem Alter, so dass die Benachteiligung bei den älteren Migrantinnen nicht mehr statistisch signifikant ist.

In die Dimension des psychischen Wohlbefindens gehen Informationen über Häufigkeit von Gemütszuständen wie Nervosität, Niedergeschlagenheit, Gelassenheit, Entmutigung/Traurigkeit und Glücklichein ein. Es wird also weniger ein konkretes Krankheitsgeschehen als das reine subjektiv berichtete Wohlbefinden in Bezug auf die Nachhaltigkeit mentaler Stimmungslagen erfasst. Unmittelbar auffallend ist, dass ein Rückgang der Mittelwerte mit zunehmendem Alter hier nicht zu verzeichnen ist. Dafür ist der Unterschied zwischen Migrantinnen und deutschen Frauen in Bezug auf die psychische Gesundheit verglichen mit den anderen beiden Dimensionen statistisch durchgehend signifikant. Über alle Altersgruppen hinweg weisen Migrantinnen also ein schlechteres psychisches Wohlbefinden auf als deutsche Frauen.

Resümierend lässt sich also festhalten, dass trotz einer eher unscharfen MigrantInnenstichprobe in Bezug auf die subjektive Gesundheit im Allgemeinen, sowie die soziale Funktionsfähigkeit und das psychische Wohlbefinden im Besonderen ein tendenziell schlechterer Gesundheitszustand bei den Migrantinnen im Vergleich zu den deutschen Frauen zu finden ist. Sie nehmen generell ihre eigene Gesundheit negativer war, berichten häufiger über Gemütszustände wie Niedergeschlagenheit oder Entmutigung und sehen sich bezüglich der Pflege ihrer Sozialkontakte durch Gesundheit stärker und häufiger beeinträchtigt. Weniger stark ausgeprägt stellt sich dieser Unterschied auch bei den männlichen Migranten dar, wobei vor allem bei der sozialen Funktionsfähigkeit und beim psychischen Wohlbefinden die Männer generell günstigere Werte aufweisen als die Frauen.

### **3.3.2 Das Sozio-ökonomische Panel**

Das Sozio-ökonomische Panel (SOEP) weist gegenüber anderen Erhebungen den Vorteil auf, dass es die einzige regelmäßig durchgeführte Befragung ist, die eine repräsentative Stichprobe der nicht deutschen Bevölkerung enthält. Dies betrifft vor allem die MigrantInnen aus den klassischen Anwerbeländern (n=1.880), aber auch Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit, die im osteuropäischen Ausland geboren sind und im weiteren als Aussiedlerinnen und Aussiedler bezeichnet werden, finden sich in hinreichend großer Zahl (n=1.219). Der Nachteil des SOEP besteht jedoch darin, dass Parameter zur psychischen, psychosomatischen oder psychosozialen Gesundheit nicht erfasst werden, da Gesundheit innerhalb des SOEP generell kein Kern-

thema darstellt. Aufgrund der aussagekräftigen Stichprobe werden im Folgenden dennoch einige Ergebnisse zur subjektiven Gesundheit zusammengefasst, wie sie an anderer Stelle bereits ausführlicher dargestellt worden sind (Weilandt et al., 2002).

Die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit (arithmetisches Mittel) liegt bei Arbeitsmigrantinnen wie auch bei Aussiedlerinnen tendenziell unterhalb der Werte der deutschen Frauen. Ausnahme sind die jungen Arbeitsmigrantinnen und Aussiedlerinnen (17 bis 29 Jahre), die eine höhere Zufriedenheit aufweisen als die deutschen Frauen gleichen Alters, wobei dieser Unterschied jedoch nur für die Aussiedlerinnen signifikant ist. Ab der Altersgruppe der 45- bis 59-Jährigen liegen besonders die Werte der Arbeitsmigrantinnen signifikant unter den entsprechenden Werten bei den deutschen Frauen. Bei den Aussiedlerinnen fällt dieser Effekt schwächer aus und ist nur bei den 45- bis 59-Jährigen, nicht jedoch bei den über 60-Jährigen signifikant.

Ähnlich stellt sich das Bild bei der subjektiven Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes dar. Eine signifikant häufigere negative Bewertung setzt bei den Arbeitsmigrantinnen verglichen mit den deutschen Frauen ab einem Alter von 30 bis 44 Jahren ein (13% vs. 9%) und verstärkt sich bis in die Altersgruppe der über 60-Jährigen (44% vs. 33%). Bei den Aussiedlerinnen zeigt sich keine einheitliche Tendenz, und die vorzufindenden Unterschiede sind in keiner der Altersgruppen signifikant.

Sorgen um die eigene Gesundheit machen sich Arbeitsmigrantinnen und Aussiedlerinnen häufiger als deutsche Frauen, wobei auch hier statistisch abgesicherte Unterschiede zwischen Migrantinnen und deutschen Frauen erst ab der Altersgruppe der 30- bis 44-Jährigen zu finden sind (18% vs. 21% vs. 11%). In der Altersgruppe der 45- bis 59-Jährigen liegen nach wie vor die Aussiedlerinnen mit 33% am höchsten gefolgt von Arbeitsmigrantinnen mit 32% und den deutschen Frauen mit nur 20%. Ab einem Alter von 60 Jahren weisen die Arbeitsmigrantinnen mit 46 % den höchsten Anteil von Frauen auf, die sich um ihre eigene Gesundheit sorgen. Aussiedlerinnen liegen hier bei 40%, deutsche Frauen bei 33%.

Insgesamt zeichnet sich bezüglich der subjektiven Gesundheit also ein Bild ab, welches das Augenmerk eher auf die Migrantinnen mittlerer und höherer Altersklassen lenkt. Die Tatsache, dass in jungen Jahren noch keine auffälligen Unterschiede zu verzeichnen sind, und die im Vergleich zu den deutschen Frauen auffallend stärkere Zunahme negativer Werte mit ansteigendem Alter besonders bei den Arbeitsmigrantinnen deuten darauf hin, dass es sich hierbei weniger um einen reinen Alterseffekt handelt als vielmehr um einen Generationeneffekt. Besonders exponiert in Bezug auf eine schlechtere Gesundheit scheinen danach nicht Migrantinnen im Allgemeinen sondern vor allem Migrantinnen der Elterngeneration zu sein. Dies bestätigt sich auch anhand der Inanspruchnahmedaten des SOEP bei denen altersspezifisch ähnliche Verläufe in der Inanspruchnahme von ÄrztInnen und bei der Arbeitsunfähigkeiten festgestellt wurden. Da die Parameter der subjektiven Gesundheit, wie sie oben dargestellt wurden, unspezi-

fisch die Reaktion der Befragten auf somatische wie auch psychische Symptomlagen und Erkrankungen gleichermaßen erfassen, können diese Aussagen auch auf psychische Gesundheit bezogen werden. Die Auswertungen der Rehabilitationsdaten des VDR bestätigen diesen generellen Trend bezogen auf psychische Erkrankungen unter berufstätigen Migrantinnen.

### 3.3.3 Der Ausländersurvey

Der Ausländersurvey (AS) des Deutschen Jugendinstituts wurde auf Basis einer Stichprobe von 3.726 Jugendlichen und jungen Erwachsenen (14 bis 25 Jahre) türkischer, griechischer und italienischer Herkunft analysiert. Die einzelnen Nationalitäten sind in dieser Stichprobe zu je etwa einem Drittel enthalten, innerhalb dieser Subgruppen machen Frauen und Männer jeweils etwa die Hälfte aus. Hinweise auf nennenswerte Differenzen zwischen den Nationalitäten wurden nicht gefunden, so dass diese im Folgenden zusammengefasst betrachtet werden. Da der AS keine Vergleichsstichprobe deutscher Befragter enthält, sind Vergleiche zwischen Deutschen und MigrantInnen grundsätzlich nicht möglich. Im Gegensatz zu anderen Erhebungen enthält der AS jedoch vielfältige Informationen über Migration und Integration. Die wenigen gesundheitsrelevanten Informationen umfassen neben der subjektiven Gesundheit einen Index psychosozialer Belastungen, der die Fähigkeit widerspiegelt, mit den Anforderungen des alltäglichen Lebens zurecht zu kommen, sowie einige Einzelinformationen. Die Spaltenbeschriftungen von Übersicht 3.11 enthalten die entsprechenden Variablen, die Zeilenbeschriftungen die Einflussvariablen, deren statistische Assoziation mit den Negativausprägungen der Gesundheitsparameter in den Zellen prozentual wiedergegeben ist. Eine genauere Begründung der einbezogenen Variablen und definitorischen Abgrenzungen findet sich in Weilandt et al., 2002.

**Übersicht 3.11: Häufigkeit negativer Ausprägungen ausgewählter Gesundheitsparameter (Spalten) bei Kreuztabellierung mit dichotomen Ausprägungen potentieller Einflussfaktoren (Zeilen) bei Migrantinnen (%)**

| <i>alle wiedergegebenen<br/>Differenzen sind statistisch<br/>signifikant (<math>p &lt; 0,05</math>)</i> | <i>Erhöhtes<br/>psychosoziales<br/>Beschwerdeniveau</i> | <i>Weniger<br/>gute subjektive<br/>Gesundheit</i> | <i>Antriebsarmut</i> | <i>Konzentrations-<br/>störungen</i> | <i>Allergien</i> | <i>Asthma</i> | <i>Schlafstörungen</i> |
|---|---|---|----------------------|--------------------------------------|------------------|---------------|------------------------|
| <b>Deutschkenntnisse</b>  | 23 / 32   | 8 / 20  | 10 / 15              | n.s.                                 | n.s.             | n.s.          | n.s.                   |
| <b>Pendelmigration</b>  | 23 / 34   | 9 / 13  | 10 / 17              | n.s.                                 | n.s.             | n.s.          | n.s.                   |
| <b>Benachteiligung im Alltag</b>  | 24 / 46   | n.s.  | 9 / 25               | 10 / 20                              | n.s.             | n.s.          | n.s.                   |
| <b>Mehrfachdiskriminierung</b>  | 19 / 40   | 7 / 13  | 8 / 21               | 8 / 18                               | 9 / 16           | 1 / 4         | 4 / 11                 |

Quelle: DJI Ausländersurvey 1997

WIAD 2003



**Erläuterungen:****Spalten (Prävalenzkategorien):**

**Psychosoziales Beschwerdeniveau:** Additiver Index aus folgenden Aussagen: 'Ich habe Probleme, die nur schwer zu überwinden sind.', 'Ich denke, dass ich mir zuviel zumute.', 'Ich fühle mich stark unter Druck gesetzt.', 'Ich stehe unter starkem Zeitdruck.', 'Ich fühle mich den Anforderungen, die an mich gestellt werden, nicht gewachsen.', 'Ich habe nicht genug Energie.', 'Ich kann mich nicht konzentrieren, kann nicht lange aufpassen.'; erhöhtes Niveau statistisch, nicht inhaltlich definiert

**Subjektive Gesundheit:** von 'sehr gut' bis 'schlecht'; weniger gute subjektive Gesundheit abgegrenzt durch die Aussagen 'zufriedenstellend' oder schlechter gegenüber 'gut' und 'sehr gut'.

**Antriebsarmut:** 'Ich habe nicht genug Energie.'; Abgrenzung durch die Aussagen 'manchmal' und 'häufig' gegenüber 'selten' und 'nie'

**Konzentrationsstörungen:** 'Ich kann mich nicht konzentrieren, kann nicht lange aufpassen.'; Abgrenzung durch die Aussagen 'manchmal' und 'häufig' gegenüber 'selten' und 'nie'

**Allergien:** Angabe der Häufigkeit von Beschwerden; Abgrenzung durch die Aussagen 'manchmal' und 'häufig' gegenüber 'selten' und 'nie'

**Asthma:** Angabe der Häufigkeit von Beschwerden; Abgrenzung durch die Aussagen 'manchmal' und 'häufig' gegenüber 'selten' und 'nie'

**Schlafstörungen:** Angabe der Häufigkeit von Beschwerden; Abgrenzung durch die Aussagen 'manchmal' und 'häufig' gegenüber 'selten' und 'nie'

**Zeilen (Einflussvariablen):**

**Deutschkenntnisse:** Bewertung durch den Interviewer; 'gut' oder besser vs. 'ausreichend' oder schlechter

**Pendelmigration:** Wechsel zwischen Herkunftsland und Deutschland; zweimal oder seltener vs. dreimal oder häufiger

**Benachteiligung im Alltag:** Erhobene Bereiche der Benachteiligung waren 'in der Schule', 'am Arbeitsplatz', 'am Wohnort', 'beim Einkaufen' oder 'in Clubs oder Diskotheken'; bei mindestens zwei Bereichen 'sehr starke' Benachteiligung oder bei mindestens drei Bereichen 'starke' Benachteiligung vs. seltenere Erfahrungen

**Mehrfachdiskriminierung:** Erhobene Bereiche der Diskriminierung waren 'wegen des Geschlechts', 'wegen der Religion' und 'wegen der Nationalität'; in mindestens zwei Bereichen 'manchmal' diskriminiert vs. seltenere Erfahrungen

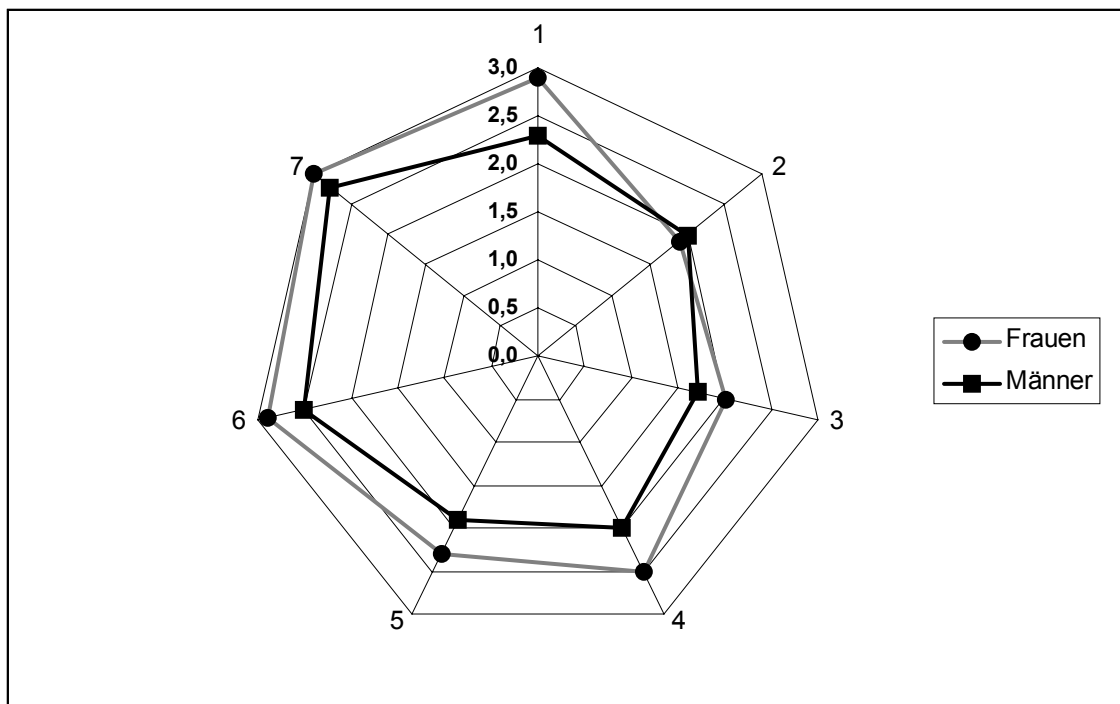
Es zeigt sich, dass migrationsbedingte Merkmale, die von deutschen Personen in dieser Weise in aller Regel nicht erfahren werden, einen statistisch signifikanten Einfluss auf Parameter der mehr oder minder psychischen oder psychisch beeinflussten Gesundheitsindikatoren ausüben. Der Unterschied zwischen Befragten mit den jeweiligen migrationsspezifischen Erfahrungen und Befragten, die diese Erfahrungen tendenziell selten oder gar nicht berichten, fällt besonders stark bei dem Gefühl der Benachteiligung im Alltag und dem Indikator der Mehrfachdiskriminierung aus. Während beispielsweise Migrantinnen, die sich in ihren alltäglichen Aktivitäten nicht benachteiligt fühlen, nach eigenen Angaben nur zu 9% an Antriebsarmut leiden, sind dies 21% bei den Migrantinnen die sich im Alltag benachteiligt fühlen. Bei den Deutschkenntnissen und der Pendelmigration fällt dieser Effekt schwächer aus, bei der Mehrfachdiskriminierung ist er vergleichbar.

Zudem fällt auf, dass Diskriminierung mit mehr Gesundheitsparametern statistisch assoziiert ist als die anderen betrachteten Einflussvariablen. Selbst allergische und asthmatische Beschwerden, die psychisch verursacht werden, treten bei den Betroffenen häufiger auf, wenn ein bestimmtes Niveau von Diskriminierungserfahrungen erreicht wird. Dies verweist jedoch auf eine Problematik von Querschnittuntersuchungen, die dann entsteht, wenn vermeintliche Ursache und vermeintliche Wirkung zum gleichen Zeitpunkt gemessen werden. Auch wenn es plausibel erscheint, dass beispielsweise Diskriminierungserfahrungen einen negativen Einfluss auf die psychische Gesundheit ausüben, so kann die umgekehrte Richtung des Zusammenhangs

nicht ausgeschlossen werden, dass nämlich gesundheitlich und psychisch labilere Personen Diskriminierung bedrohlicher wahrnehmen und entsprechend häufiger berichten. Eine Wechselwirkung muss also für die Parameter der Benachteiligung im Alltag und der Mehrfachdiskriminierung grundsätzlich angenommen werden. Prinzipiell bestätigen sich hier jedoch die Ergebnisse anderer Forschungsarbeiten, bei denen ebenfalls für den Integrationsindikator der Sprachkenntnisse des Aufnahmelandes (Haasen et al., 1998; Furnham & Shaheen, 1993) bzw. für Diskriminierung (Williams & Williams-Morris, 2000; Vahedi, 1996; Furnham & Shaheen, 1993) statistische Zusammenhänge mit Phänomenen psychischer Gesundheit gefunden wurden.

Migrantinnenspezifisch erwies sich im weiteren, dass der beobachtete Effekt besonders im Zusammenhang mit Diskriminierung bei den weiblichen Befragten stärker ausfällt als bei den männlichen. Dies wird besonders deutlich, wenn man auf Basis der vorgefundenen Prävalenzen Odds Ratios berechnet, die geschlechtsspezifisch angeben, um wieviel sich die Chance, prävalent zu sein, erhöht, wenn eine häufige Erfahrung von Diskriminierung gegeben ist. Übersicht 3.12 gibt diese Odds Ratios für die verschiedenen betrachteten Dimensionen psychischer Gesundheit bei gegebener Diskriminierung wieder.

**Übersicht 3.12: Geschlechtsspezifische Chancenerhöhung bei jugendlichen und jungen erwachsenen Migrantinnen und Migranten für Morbidität aufgrund von Mehrfachdiskriminierung**



1 - erhöhtes psychosoziales Beschwerdeniveau; 2 - weniger gute subjektive Gesundheit; 3 - Allergien; 4 - Asthma; 5 - Konzentrationsstörungen; 6 - Schlafstörungen; 7 - Antriebsarmut

Quelle: DJI Ausländersurvey 1997

WIAD 2003

Es ist unmittelbar ersichtlich, dass die Chancenerhöhung der Frauen gegenüber der der Männer in fast allen Dimensionen gesundheitlicher Beeinträchtigung stärker ausfällt. Während die Chance diskriminierter Migrantinnen, ein erhöhtes psychosoziales Beschwerdeniveau aufzuweisen, gegenüber den nicht diskriminierten Migrantinnen um den Faktor 2,9, also fast dreifach erhöht ist, fällt diese Erhöhung bei den männlichen Migranten mit 2,3 deutlich schwächer aus. Da dieses Phänomen bei fast allen Dimensionen auftaucht und darüber hinaus beispielsweise auch für den Einfluss von Arbeitslosigkeit nachgewiesen worden ist (Weilandt et al., 2002), besteht Grund zu der Annahme, dass soziale Einflüsse nicht geschlechtsunspezifisch wirken, sondern vielmehr unterschiedlich stark mit gesundheitlichen Belastungen einher gehen.

### **3.4 Ergebnisse aus der internationalen Literatur**

Der Blick auf den internationalen Stand der Forschung hat den Vorteil, dass Ergebnisse deutscher Studien im Rahmen von Untersuchungen neu betrachtet werden können, die ein strengeres Kontrollgruppendesign aufweisen und vor allem auf größeren, repräsentativen Stichproben beruhen. Recherchiert man nach Literatur aus anderen Ländern, so fällt eine recht große Zahl migrantInnenbezogener Veröffentlichungen auf, die jedoch, wenn man nach frauen- bzw. geschlechtsspezifischen Ergebnissen sucht, schnell zusammenschrumpft. Da bei weitem nicht jede Veröffentlichung, die sich gemessen an den Schlagworten der Literatursuche geschlechtsspezifisch gibt, ihre Ansprüche auch einlöst, andererseits aber geschlechtsspezifische Aspekte durchaus in Artikeln zu finden sind, deren primärer Fokus nicht hierauf gerichtet ist, wäre eine komplette Durchsicht mehrerer tausend Veröffentlichungen notwendig, um einen wirklich umfassenden Überblick zu geben. Da dies im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich ist, werden, nach Ländern geordnet, Schlaglichter gesetzt, die zum einen Veröffentlichungen zentraler AutorInnen des jeweiligen Landes darstellen und/oder zum anderen vornehmlich Studien berücksichtigen, die von ihrer methodischen Anlage her gefestigte Aussagen zulassen.

Die betrachteten Länder sind jene, die erstens von der reinen Quantität der indizierten Veröffentlichungen her auffallen, zum anderen sind dies die Länder, in denen offensichtlich die materiellen Ressourcen zur Durchführung großer Studien mehr als anderswo zur Verfügung stehen. An erster Stelle stehen hier die USA, bei denen aufgrund des großen EinwanderInnenendrucks besonders die lateinamerikanischen Länder und hier besonders Mexiko im Blickpunkt stehen. Häufig sind jedoch auch Studien aus Schweden, Israel, den Niederlanden oder Großbritannien zu finden.

### *Schweden*

In einer großen Studie in Schweden (N=39.155) wurde über einen Zeitraum von 14 Jahren die Vorhersagekraft des Indikators chronischer psychischer Erkrankung auf vorzeitigem Tod berechnet. Besonders für Migrantinnen wurde nach Kontrolle von Variablen wie Geburtsland und sozio-ökonomischer Status ein um den Faktor 2,13 (Männer 1,84) erhöhtes Gesamtrisiko für vorzeitigen Tod bei chronischer psychischer Erkrankung gegenüber der schwedisch stämmigen Bevölkerung ermittelt. Psychiatrische Erkrankungen erwiesen sich in diesem Zusammenhang auch als starker Prädiktor für gewaltsamen Tod, also vor allem für Selbstmord. Allerdings lag hier das Risiko für die Männer deutlich über dem für Frauen (Baynard-Burfield et al., 1998).

Besonders für Flüchtlinge wurde in Schweden ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen ermittelt. In einer Studie mit Kontrollgruppendesign wurde unter lateinamerikanischen Flüchtlingen ein im Vergleich zur schwedischen Kontrollgruppe um den Faktor 4,11 (Odds Ratios) erhöhtes Risiko für Migrantinnen und Migranten berichtet. Die Kombination der Faktoren nicht schwedischer Herkunft, einem Alter oberhalb von 44 Jahren und die Tatsache, sich im täglichen Leben nicht sicher zu fühlen, erhöhten das Risiko sogar um den Faktor 26,2 (Sundquist, 1993). In einer ähnlich angelegten Studie wiesen bosnische Flüchtlingsfrauen nach Selbstangaben deutlich häufiger (38%) eine schlechte allgemeine Gesundheit auf als ihre schwedische Kontrollpopulation (23%). Unabhängig vom Gesundheitsstatus hatten sie ebenfalls eine schlechtere Lebensqualität (Sundquist et al., 1998). Eine weitere Studie fand heraus, dass psychische Leiden bei MigrantInnen mit Diskriminierung und dem Gefühl, sich im Alltag nicht sicher zu fühlen in Verbindung stehen. Dieser Effekt war bei Frauen stärker zu finden als bei Männern (Sundquist & Johansson, 1996).

### *Großbritannien*

In einer schottischen Studie mit Kontrollgruppendesign wurde die Neigung zu psychosomatischen Beschwerden, das Vorkommen solcher Beschwerden im Monat vor der Untersuchung sowie die Prävalenz von Depressionen für MigrantInnen aus Südasien sowie für die Allgemeinbevölkerung berichtet. Während Männer aus Südasien nur beim Merkmal Depression signifikant höhere Werte gegenüber der Allgemeinbevölkerung aufwiesen (25% vs. 11%), traf dies bei den Frauen auf alle drei gemessenen Indikatoren zu. Zu psychomatischen Leiden neigten 45% von ihnen (29% in der Allgemeinbevölkerung), 46% (25%) gaben diese Leiden für den Monat vor der Untersuchung an und 39% (20%) wurden als depressiv klassifiziert. Insgesamt wiesen muslimische Frauen (und Männer) deutlich höhere Anteilswerte auf als Sikhs und Hindus (Williams et al., 1997).

Damit übereinstimmend wurden in England und Wales für den Zeitraum 1988 bis 1992, basierend auf Zensusdaten unter einigen MigrantInnengruppen höhere Suizidraten im Vergleich zur

englisch und walisisch stämmigen Bevölkerung errechnet. Nach standardisierten Mortalitätsratios waren die Raten unter indischen Frauen um 43%, unter Frauen aus Sri Lanka um 51% und unter Frauen aus der Karibik um 5% erhöht. Frauen aus Pakistan, Ostafrika und Bangladesch wiesen dagegen vergleichsweise niedrigere Raten auf. Als besonders hoch erwiesen sich die Raten der Migrantinnen im Alter zwischen 15 und 24 und ab dem Alter von 45 Jahren (Raleigh, 1996).

In einer Studie unter griechischen ZypriotInnen in London wurde festgestellt, dass schlechte Englischkenntnisse vor der Migration sowie Eingewöhnungsschwierigkeiten nach der Migration mit einem erhöhten, psychiatrisch auffälligen Symptomaufkommen assoziiert waren. Dieser Effekt war zum einen unter Migrantinnen stärker ausgeprägt als unter männlichen Migranten, zum anderen war ein höherer Grad an Akkulturation bei den Männern mit einem Mehr an Symptomen verbunden, bei den Frauen dagegen wiesen die schlechter akkulturierten die meisten Symptome auf. Dies kann so interpretiert werden, dass Akkulturation bei Männern häufig mit der Notwendigkeit einher geht, sich aus Gründen der existenziellen Absicherung mit den Gegebenheiten und der Arbeitswelt des Gastlandes auseinander zu setzen, während die Aufgaben der Frauen auf Haus- und Familienarbeit begrenzt bleiben und sie sich entsprechend weniger an das Leben im Aufnahmeland anpassen bzw. weniger mit diesem identifizieren. Während schlecht akkulturierte Migrantinnen und besser akkulturierte Migranten ein klassisches Bild erfüllen, stellen gut akkulturierte Migrantinnen eher eine weniger ökonomisch benachteiligte Gruppe dar, bei denen Akkulturation einer persönlich positiven Entwicklung im Aufnahmeland zukommt, die statistisch positiv mit psychischer Gesundheit assoziiert ist (Mavreas & Bebbington, 1990).

## USA

Bei Migrantinnen, die in ihren mittleren Lebensjahren (45-65 Jahren) aus der ehemaligen Sowjetunion höchstens sechs Jahre vor der Durchführung der Studie in die USA ausgewandert waren, setzten Miller und Chandler einen Fragebogen zur Bestimmung des Niveaus depressiver Symptome ein. Es stellte sich heraus, dass die Werte der Migrantinnen deutlich über den entsprechenden Normwerten für die amerikanische Bevölkerung lagen. Vielversprechende Erklärungsfaktoren wurden in migrationsspezifischen Merkmalen gefunden. Ältere Frauen und Frauen mit höheren Ansprüchen an ihre Einwanderung tendierten eher zu Depressionen als Frauen, die diese Merkmale nicht aufwiesen, und Frauen mit besserem Englisch neigten seltener zu depressiver Symptomatik (Miller & Chandler, 2002).

Unter KoreanerInnen in den USA wurde ein Erklärungsmuster für psychische Leiden gefunden, das starke Unterschiede zwischen den Geschlechtern aufweist. Während unter Männern vor allem Variablen, die mit der Arbeitswelt in Verbindung zu bringen sind, sehr stark in negativer oder positiver Art und Weise mit psychischer Gesundheit korrelierten, wurde dieser Zusammen-

hang bei den Frauen nicht gefunden. Entsprechend der stärkeren familiären Einbindung der Migrantinnen wurde bei ihnen dagegen ein Zusammenhang der psychischen Gesundheit mit der Zufriedenheit mit dem Familienleben und mit dem sozialen Anschluss an die eigene ethnische Gemeinschaft gefunden (Hurh & Kim, 1990).

Unter mexikanischen ImmigrantInnen in den USA wies Hovey nach, dass Depressionen unter Frauen häufiger vorkamen als unter Männern. Gegenüber dieser häufig zu findenden und migrationsunspezifischen Aussage zeigt sich jedoch ein migrantinnenspezifisches Erklärungsmuster. Akkulturativer Stress, soziale Unterstützung, Erwartungen an die Zukunft und das Funktionieren familialer Strukturen erwiesen sich danach als Hauptklärungsfaktoren für Depression unter Mexikanerinnen. Besonders die Qualität familialer Strukturen wurde hier, wie auch in anderen Studien, als migrantinnenspezifischer Erklärungsfaktor identifiziert, während bei männlichen Migranten tendenziell eher die Arbeitswelt als erklärender Faktor benannt wird (Hovey, 2000).

In einer Übersichtsarbeit zur psychischen Gesundheit lateinamerikanischer Frauen in den USA wurde für diese Gruppe unter den 45- bis 64-Jährigen im Vergleich zu schwarzen und weißen US-Amerikanerinnen eine erhöhte Prävalenz affektiver Störungen (manische und depressive Erkrankungen) über den Zeitraum eines Jahres vor der entsprechenden Untersuchung wie auch der Lebenszeitprävalenz berichtet. Bezogen auf Depressionen wiesen Frauen aus Puerto Rico die höchsten Prävalenzen auf, gefolgt von Kubanerinnen und Mexikanerinnen. Während Depressionen jedoch bei den Puerto Ricanerinnen in jüngeren Jahren häufiger vorkamen, waren Mexikanerinnen und Kubanerinnen, die unter Depressionen litten, tendenziell älter. Darüber hinaus kamen bei diesen Frauen Phobien häufiger vor als in anderen Gruppen, und als Risikofaktoren für Somatisierungstendenzen wurde eine mexikanische Abstammung, weibliches Geschlecht und ein Alter von über 40 benannt (Gil, 1996).

Eine große Untersuchung (n=10.943) unter MigrantInnen und US-AmerikanerInnen mittleren Alters ergab, dass selbst berichtete emotionale Leiden (Depression, Stress oder Angst) mit einer Prävalenz von 33,5% bei den Migrantinnen signifikant häufiger vorkamen als unter den einheimischen Frauen (20,5%). Auch bei den Männern war dieser Effekt auf insgesamt niedrigerem Prävalenzniveau signifikant. Zudem zeigten sich Migrantinnen am häufigsten in den Aktivitäten des täglichen Lebens eingeschränkt (12,1%) und berichteten am häufigsten eine schlechte körperliche Gesundheit (33,9%). Auch diese Werte unterschieden sich signifikant von denen amerikanischer Frauen. Insgesamt erwies sich in mehreren multivariaten Modellen eine späte Einwanderung in mittleren Lebensjahren gegenüber einer früheren Einwanderung, sowie die Zugehörigkeit zur lateinamerikanischen Minderheit gegenüber anderen Minderheiten und der einheimischen Bevölkerung als besonders Risiko erhöhend für alle drei Gesundheitsvariablen (Angel et al., 2001).

In einer weiteren Studie fand sich unter in den USA lebenden älteren MexikanerInnen (60-100 Jahre, N=1.789) eine höhere Prävalenz für Depressionen unter EinwanderInnen (Prävalenz: 30,4%, Chancenerhöhung um den Faktor (OR): 1,7) und unter weniger akkulturierten TeilnehmerInnen (36,1%, OR 2,2) gegenüber MexikanerInnen, die in den USA geboren waren (20,5%). Frauen waren insgesamt stärker betroffen als Männer (32% vs. 16,3%, OR 2,43). Der Einfluss einer schlechteren Akkulturation im Aufnahmeland blieb auf signifikantem Niveau erhalten, als sozio-ökonomische, psychosoziale, verhaltens- und Gesundheitsfaktoren statistisch kontrolliert wurden (Gonzalez et al., 2001). Damit konnte eine besondere Exposition von EinwanderInnen im späteren Lebensalter auch für die USA nachgewiesen werden.

Bezogen auf die Gesamtpopulation aller Altersgruppen verkehrt sich dieses Bild jedoch ins Gegenteil. Für die lateinamerikanischen Minderheiten in den USA und hier vor allem für die MexikanerInnen, die den größten Anteil stellen, wird darauf hingewiesen, dass nicht die ImmigrantInnen als solche die eigentlich exponierte Gruppe darstellen, sondern diejenigen Mexikanerinnen und Mexikaner, die bereits in den USA geboren sind. In mehreren groß angelegten Studien, die in einer Übersichtsarbeit von Escobar et al. zusammengefasst betrachtet werden, weisen MexikanerInnen, die in den USA geboren sind, in Hinblick auf eine Vielzahl von Indikatoren und Diagnosen der psychischen Gesundheit schlechtere Werte auf als die im Verlauf des eigenen Lebens eingewanderte Bevölkerung (Escobar et al., 2000). Dieses Phänomen lässt sich dabei nicht nur insgesamt nachweisen, sondern auch für beide Geschlechter gesondert (Vega et al., 1998). Als Erklärung wird angeboten, dass Akkulturation oder Amerikanisierung besonders auf die in den USA geborene mexikanisch stämmige Bevölkerung einen in Bezug auf Gesundheit negativen Einfluss ausübt. Dafür werden konkret die Erosion der ursprünglich praktizierten familialen Lebensformen, sowie die Anpassung an gewisse amerikanische Lebensstile, wie einen intensiveren Alkohol- und Drogengebrauch, verantwortlich gemacht. Zudem wird darauf hingewiesen, dass in den USA geborene Migrantinnen und Migranten höhere Ansprüche an ein erfolgreiches Leben in den USA stellen und aus diesem Druck heraus mit ihrer tatsächlich benachteiligten Stellung schlechter zurecht kommen als neu zugewanderte Frauen und Männer. Akkulturation stellt sich jedoch insoweit als zwiespältiges Phänomen dar, als sie in anderen MigrantInnengruppen wie Flüchtlingen oder ZuwanderInnen aus anderen Ländern wie beispielsweise Indien eher in protektiver Weise mit psychischer Gesundheit in Verbindung steht und damit je nach Migrationshintergrund eigene Ausprägungen entwickelt (Escobar, 1998; Escobar et al., 2000).

### *Israel*

Eine israelische Studie, basierend auf einer Stichprobe 1.062 russischer ImmigrantInnen, untersuchte, mit welchen migrationsspezifischen Stressoren die häufig zu findende geschlechtsspezifische Erhöhung psychologischer Phänomene unter Frauen im Vergleich zu den Männern einher geht. Bei allen gemessenen Symptomatiken (u.a. Depression) wiesen die Frauen signifi-

kant höhere Werte auf. Dies ging einher mit verschiedenen psychosozialen Korrelaten, die mit dem schlechteren psychischen Gesundheitszustand statistisch assoziiert waren. Danach wurden u.a. familiäre Probleme, Zukunftsangst und Ungewissheit in der momentanen Situation häufiger bei Frauen gefunden als bei Männern. Die AutorInnen schließen, dass Frauen stärker als Männer als Träger psychosozialer Stressoren fungieren und damit die generell höheren Prävalenzen für psychische Erkrankungen zum Teil zu erklären sind. Damit einher geht die Feststellung, dass Männer gewisse protektive Faktoren, wie eine positive Bindung an das Aufnahmeland und das Empfinden adäquater beruflicher Verhältnisse, häufiger aufweisen als Frauen (Ritsner et al., 2001).

### *Niederlande*

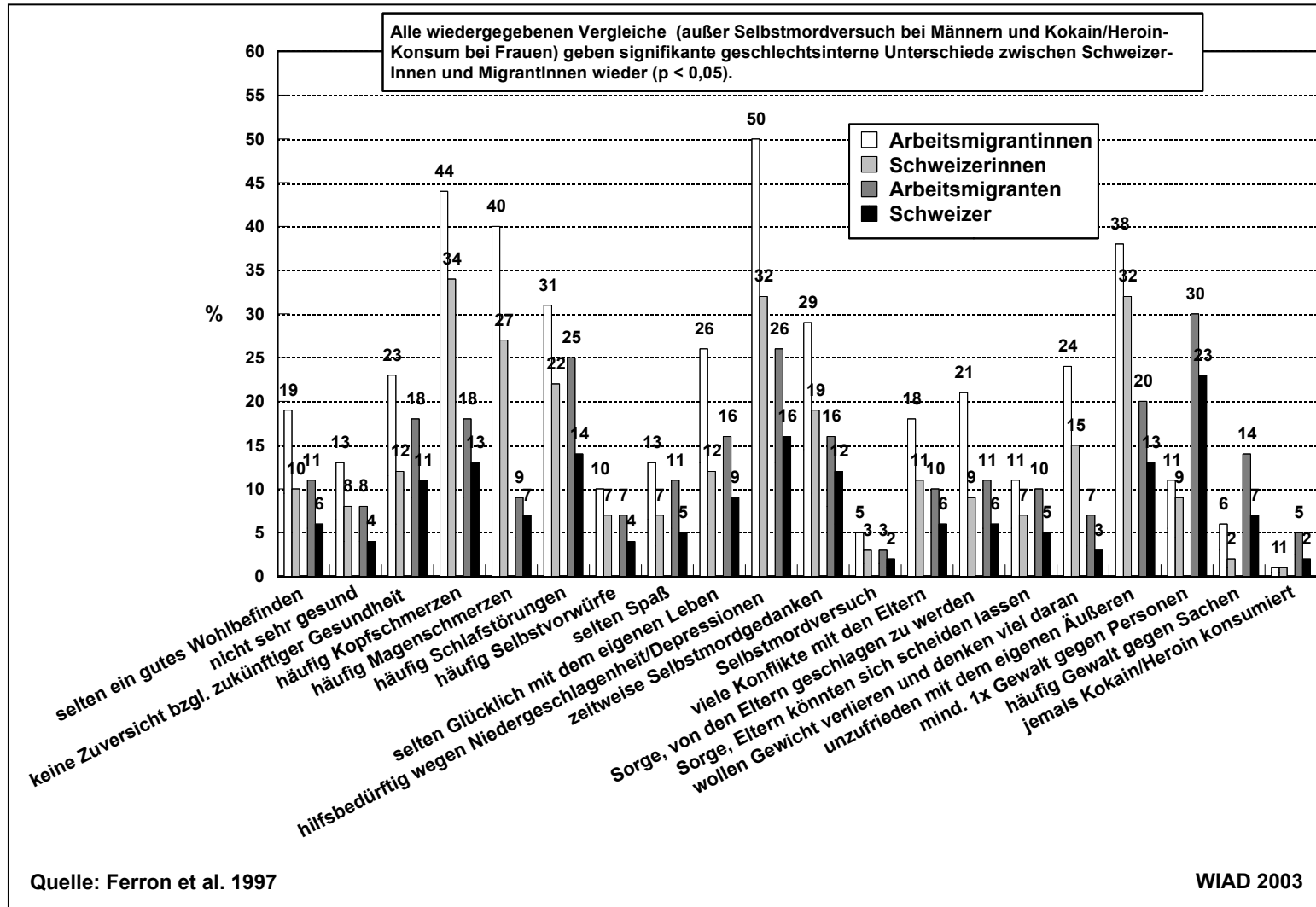
Für die Niederlande wurde auf Basis nationaler Register schon öfter über stark herkunftsspezifische Einweisungsraten in psychiatrische Kliniken im Allgemeinen und wegen Schizophrenie im Besonderen berichtet. Überdurchschnittlich hohe Raten wurden dabei für Menschen aus den niederländischen Antillen und Surinam berichtet, während EinwanderInnen aus der Türkei und Marokko sehr niedrige Raten aufweisen. Dieses Phänomen ist prinzipiell geschlechtsunspezifisch, allerdings liegen die Raten für die Frauen deutlich unter denen der Männer. Dass diese Unterschiede ethnienpezifisch sind, wird mit Verweis auf den Bevölkerungsmix auf den niederländischen Antillen zurückgewiesen. Dagegen werden noch unbekannte sozialpsychologische Faktoren in der Herkunftsregion und ein unterschiedliches Inanspruchnahmeverhalten angeführt. Letzteres erscheint auch deshalb als plausibel, weil sich TürkinInnen und MarokkanerInnen als überwiegend nicht niederländisch in ihrem Migrationshintergrund sehr stark von den Menschen aus Surinam und den niederländischen Antillen unterscheiden, die zumeist die niederländische Staatsangehörigkeit innehaben und dadurch potentiell besser ins Versorgungsgeschehen integriert sind (Selten & Sijben, 1994; Uniken & Venema et al., 1995).

### *Schweiz*

Eine Studie aus der Schweiz soll im folgenden etwas ausführlicher dargelegt werden, da sie einerseits ein Stichprobendesign aufweist, wie es in Deutschland in der Regel nicht zu finden ist (Ferron et al., 1997). Zum anderen sind sich die Migrationshintergründe in Deutschland und der Schweiz aufgrund der Arbeitsmigration aus südeuropäischen Ländern recht ähnlich, so dass die Ergebnisse tendenziell übertragbar sind. Übersicht 3.13 vergleicht eine Fülle psychosozialer und psychischer Belastungen zwischen schweizer Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit gleichaltrigen MigrantInnen, wie sie für Deutschland in keinem Datensatz enthalten sind.



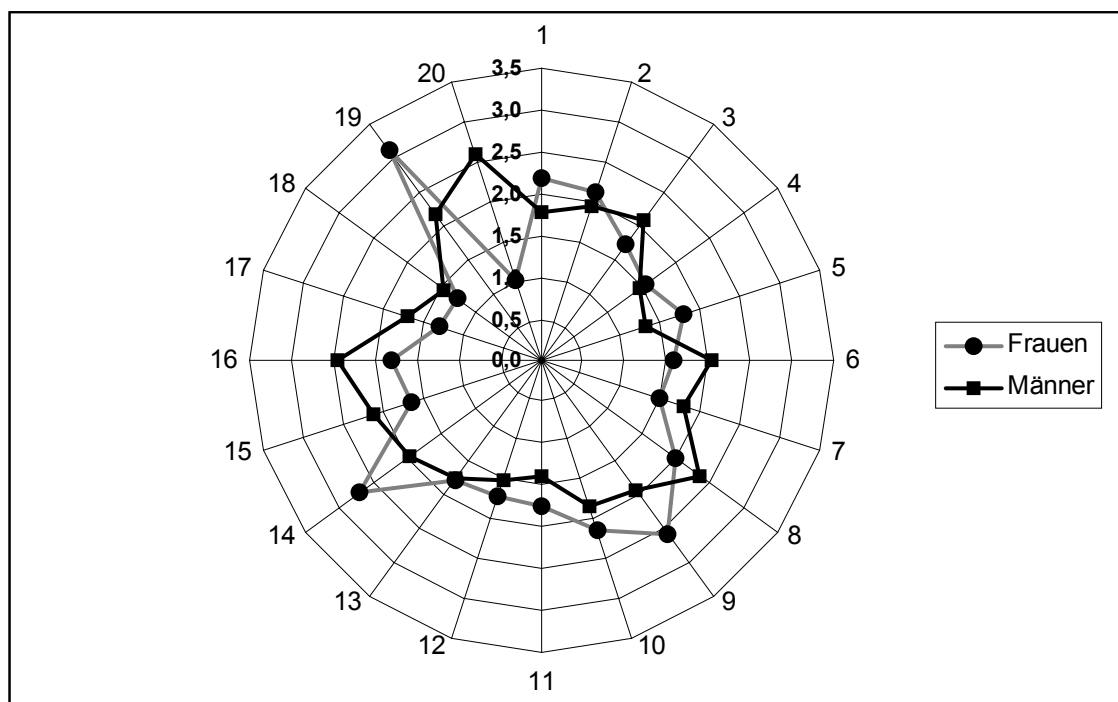
**Übersicht 3.13: Psychische, psychosomatische und psychosoziale Belastungen bei weiblichen und männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Schweiz nach Herkunft und Geschlecht (%)**



Die Quoten für die Migrantinnen sind nahezu durchgehend deutlich höher als für alle anderen betrachteten Gruppen, wobei das Beschwerdeniveau der Frauen generell höher ist als das der Männer. Besonders auffällig sind in diesem Zusammenhang die extrem hohen Raten für Phänomene oder Aussagen, die mit depressiven Gemütszuständen in Verbindung gebracht werden müssen (z.B. Selbstmordgedanken), sowie für psychosomatische Phänomene (z.B. Schlafstörungen). So empfinden sich 50% der befragten Migrantinnen als hilfsbedürftig wegen Niedergeschlagenheit bzw. wegen Depressionen, ein Wert, der etwa 20 Prozentpunkte oberhalb der Werte aller anderen Gruppen liegt. Auffällig ist zudem, dass die Parameter innerfamiliärer Konflikt- und Gewalterfahrung unter Migrantinnen gegenüber allen anderen Gruppen stark erhöht sind. Gleichzeitig liegt die eigene Gewaltausübung gegenüber Personen oder Sachen deutlich unter den Werten für die männlichen Migranten. Dies deutet auf eine eher passive Rolle der Gewalterfahrung und eine seltenere Kanalisierung dieser Erfahrungen wie auch der benachteiligten Situation im Allgemeinen in eigene Gewalthandlungen bei Migrantinnen im Vergleich zu männlichen Migranten hin.

Die starken Unterschiede zwischen Migrantinnen und Migranten lassen den Verdacht aufkommen, dass sich Migration bei Frauen häufiger und gegebenenfalls intensiver negativ auswirkt als bei ihren männlichen Altersgenossen. Um dieser Frage nachzugehen, wurden geschlechtsspezifische Odds Ratios berechnet, die die Chancenerhöhung angeben, mit der Migrantinnen und Migranten verglichen mit Schweizerinnen bzw. Schweizern nach eigenen Angaben unter den beobachteten Phänomenen leiden. Übersicht 3.14 gibt diese Kennziffern in Form eines Netzdiagramms wieder.

**Übersicht 3.14: Chancenerhöhung von jugendlichen und jungen erwachsenen Migrantinnen und Migranten im Vergleich zu gleichaltrigen schweizer Frauen und Männern bei psychischen, psychosomatischen und psychosozialen Belastungen (Odds Ratios)**



Quelle: Ferron et al., 1997, eigene Berechnungen

WIAD 2003

1 - keine Zuversicht bzgl. zukünftiger Gesundheit; 2 - selten ein gutes Wohlbefinden; 3 - nicht sehr gesund; 4 - häufig Kopfschmerzen; 5 - häufig Magenschmerzen; 6 - häufig Schlafstörungen; 7 - häufige Selbstvorwürfe; 8 - selten Spaß; 9 - selten glücklich mit dem eigenen Leben; 10 - hilfsbedürftig wegen Niedergeschlagenheit/Depressionen; 11 - zeitweise Selbstmordgedanken; 12 - Selbstmordversuch; 13 - viele Konflikte mit den Eltern; 14 - Sorge, von den Eltern geschlagen zu werden; 15 - Sorge, Eltern könnten sich scheiden lassen; 16 - wollen Gewicht verlieren und denken viel daran; 17 - unzufrieden mit dem eigenen Äußeren; 18 - mind. 1x Gewalt gegen Personen; 19 - häufig Gewalt gegen Sachen; 20 - schon Kokain/Heroin konsumiert

Wie oben in Übersicht 3.13 dargestellt, sind nahezu alle zugrundeliegenden Prävalenzunterschiede signifikant, d.h., die zugewanderte Bevölkerung unterscheidet sich signifikant von der schweizer Bevölkerung. Bei den Frauen fallen bezüglich depressiver Indikatoren die deutlich ausgeprägteren Chancenerhöhungen der Migrantinnen gegenüber den schweizer Frauen im Vergleich zu den entsprechenden Werten der Männer auf (Ziffern 9 bis 12). Zudem fällt die auf Selbstangaben beruhende Angst, von den Eltern geschlagen zu werden, bei den Migrantinnen im Vergleich zu den schweizer Frauen deutlicher aus als bei den Männern. Während die entsprechende Chance bei den Migrantinnen um etwa den Faktor 2,7 gegenüber den schweizer Frauen erhöht ist, ist sie bei den männlichen Migranten nur um den Faktor 2 gegenüber den schweizer Männern erhöht. Bei den männlichen Migranten fällt dagegen auf, dass sie im Vergleich zur schweizer Bevölkerung stärker als die Migrantinnen dazu tendieren, mit ihrem Äußeren unzufrieden zu sein (Ziffern 16 und 17). Zudem ist die Chance, dass sie bereits Ko-

kain/Heroin konsumiert haben, bei ihnen um den Faktor von etwa 2,6 gegenüber den männlichen Schweizern erhöht, während bei den Frauen keine Chancenerhöhung der Migrantinnen gegenüber den schweizer Frauen festzustellen ist.

Gemessen an der Chancenerhöhung gegenüber der schweizer Bevölkerung zeigt sich damit kein einheitliches Bild, nach dem die Migrantinnen stärker benachteiligt wären als die männlichen Migranten. Vielmehr muss davon ausgegangen werden, dass die Problemlage spezifisch ist und dass sich Lebensumstände, die migrationspezifisch für die Gesundheit nachteilig sind, unterschiedlich auftreten und sich anders auswirken. Dies bestätigt sich auch als Fazit aller zuvor in diesem Kapitel präsentierten Ergebnisse. Eindeutige Aussagen sind schwer zu treffen, was nicht zuletzt daran liegt, dass Einfluss- wie auch Gesundheitsvariablen auf unterschiedlichste Weise operationalisiert werden können und operationalisiert werden. Dies führt zu zum Teil widersprüchlichen Ergebnissen, so dass nach momentanem Forschungsstand davon ausgegangen werden muss, dass weder MigrantInnen gegenüber den Bevölkerungen der Aufnahme-länder im Allgemeinen noch Migrantinnen im Besonderen einheitlich benachteiligt sind.

Es gibt viele Hinweise darauf, dass besonders Depressionen und damit verbundene Phänomene bei Migrantinnen häufiger vorkommen als bei einheimischen Frauen. Allerdings treffen Aussagen wie diese auch für die Männer zu, und da die Prävalenzen bei Frauen in Bezug auf psychische Erkrankungen häufig allgemein höher sind, kann von einer besonderen Disposition von Migrantinnen meist nicht unbedingt gesprochen werden. Allerdings zeichnet es sich gelegentlich ab, dass migrationspezifische Stressoren bei Migrantinnen stärker negativ mit einer schlechteren Gesundheit in Verbindung stehen als bei männlichen Migranten. Darüber hinaus fällt auf, dass es immer wieder Hinweise darauf gibt, dass Migrantinnen stärker von familialen Faktoren in ihrem mentalen Wohlbefinden bestimmt werden, während männliche Migranten, die in Ethnien mit stark traditionaler Ausrichtung häufig allein für Existenzsicherung und –aufbau zuständig sind, eher von ihrer Arbeitsumwelt beeinflusst werden. Akkultorative Faktoren wie Sprache oder Identifikation mit dem Aufnahmeland stehen häufig statistisch mit einer besseren oder schlechteren mentalen Gesundheit zusammen, allerdings sind die Ergebnisse, wie gesehen, uneinheitlich.

Zukünftige Forschung hätte Akkulturation nicht nur mehr in irgend einer Art und Weise zu operationalisieren, sondern müsste vielmehr klären, vor welchem Migrationshintergrund welche Aspekte von Akkulturation der mentalen Gesundheit zu- oder abträglich sind. Zudem zeichnet es sich ab, dass es bestimmte Problemgruppen gibt. Flüchtlinge zählen aus nachvollziehbaren Gründen zu den mental besonders belasteten Bevölkerungsgruppen, und ältere Gastarbeiterinnen scheinen, besonders wenn sie berufstätig sind und/oder wenn sie schlecht akkulturiert mit der Erosion der gewohnten Familienstrukturen konfrontiert sind, besonders belastet zu sein. Dennoch ist das so gewonnene Bild längst nicht vollständig, sondern weist allenfalls die Richtung, in der zukünftige Forschung voranschreiten sollte. Dabei sollten problematisch erscheinende Gruppen in der Komplexität ihrer Lebenszusammenhänge besonders in den Blickpunkt

rücken, da sich gerade psychische Krankheit am konkreten Individuum mit seinen typologisch zu beschreibenden biographischen Merkmalen manifestiert und nicht am Tatbestand der Migration als solchem.

## 4. Psychische Gesundheit und Migration

### 4.1 Einleitung

Die Problematik des Verhältnisses von psychischer Gesundheit und Migration erfordert eine multiperspektivische Betrachtung, die sowohl die unterschiedlichen Typen von Migration als auch die unterschiedlichen theoretischen Erklärungsansätze für die Genese psychischer bzw. psychosomatischer Erkrankungsformen, aber auch deren Vermeidung durch salutogenetisch wirkende Faktoren weitestgehend zu umfassen versucht. Folgende Migrationstypen sind für die weitere Diskussion als relevant anzusehen:

- die **GastarbeiterInnen** (ArbeitsmigrantInnen, in der Hauptsache aus südeuropäischen Ländern und deren nachgezogene Familien)
- die **AussiedlerInnen** (mit einem Generationen übergreifenden ‚time lag‘ und einer vor diesem Hintergrund stattfindenden Remigration),
- **ausländische Flüchtlinge** (AsylbewerberInnen/-berechtigte, Kontingentflüchtlinge, Konventionsflüchtlinge, De-Facto-Flüchtlinge) sowie
- „**Illegale**“, Clandestine.

Allen theoretischen Erklärungsansätzen für die Pathogenese psychischer bzw. psychosomatischer Erkrankungsformen bei MigrantInnen gemeinsam ist, dass diese - je nach Migrationshintergrund bzw. Migrationstypus - sowohl einem besonderen Ausmaß verschiedener Stressoren als auch einem erheblichen Assimilationsdruck der Aufnahmegesellschaft ausgesetzt sind. Als in der Literatur immer wieder genannte Faktoren bzw. Risiken, die das Auftreten von Erkrankungen begünstigen und provozieren sind z.B. zu nennen: Folter und lebensbedrohliche Umstände, sexuelle Gewalterfahrungen, Ohnmachtsgefühle, Trennungs- und Entwurzelungserlebnisse, familiäre Zerreißproben, Identitätskrisen, fragliche Zukunftsperspektiven, drohende Ausweisung bzw. (erzwungene) Remigration, Behördenwillkür etc. (vgl. Collatz, 1995).

Die Be- und Verarbeitungsprozesse dieser migrationsbedingten pathogenetisch wirksamen Begleitumstände verlaufen aufgrund außerordentlich unterschiedlicher ökologischer Rahmenbedingungen und sozialisationsspezifisch entwickelter Persönlichkeitsstrukturen sehr variationsreich. Ob und wann durch Migration und in welcher Phase des Migrationsprozesses die notwendigen Anpassungsleistungen nicht mehr bewältigt werden können und eine Entwicklung psychischer bzw. psychosomatischer oder gar psychiatrischer Störungen stattfindet, ist zwar in einer Fülle von Einzelfallbeschreibungen und im Rahmen kleinerer klinischer Studien beschrieben worden. Solange aber keine kulturvergleichenden epidemiologischen Untersuchungen über Häufigkeitsverteilungen von psychischen Störungen in den Herkunftsländern der MigrantInnen vorliegen, ist die Frage migrationsinduzierter psychischer und psychosomatischer Erkrankungen nur mit Vorbehalt zu beantworten (vgl. Weig, 1998). Zum anderen ist (wie schon an anderer Stelle ausgeführt) vor einer deterministischen Risikofaktorenforschung zu warnen, die anhand

von Inanspruchnahmepopulationen (ohne parallelisierte randomisierte Vergleichsgruppe) post-hoc Erklärungen für psychische Störungen herzuleiten versucht, indem gefundene Prävalenzen oder Prävalenzunterschiede pauschal auf den Tatbestand der Migration an sich zurückgeführt werden. Gesicherte Schlussfolgerungen über Ursache und Wirkungen lassen derlei Studien nicht zu und auch Aussagen über Krankheitshäufigkeiten in der untersuchten MigrantInnenpopulation sind auf einer solchen Basis nicht zulässig.

Bei einer von David und Borde (2001) referierten Durchsicht der vorliegenden Forschungsarbeiten ist allerdings festzustellen, dass bei MigrantInnen erhöhte Raten unterschiedlicher psychischer und somatischer Reaktionen (z.B. Magen-Darm-Erkrankungen, Kopfschmerzen, Traurigkeit, Heimweh, Nervosität und Angst) ebenso vorliegen wie - abhängig von der Kulturdifferenz zwischen Heimat- und Aufnahmeland und räumlicher Entfernung zur alten Heimat - höhere Konsultationsraten von ÄrztInnen. Einzelne Untersuchungen beschreiben auch im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung ein vermehrtes Auftreten von Neurosen, Suizidversuchen, Depressionen und paranoiden Reaktionen. Mit Bezugnahme auf die nicht konsistente Datenlage wird jedoch darauf hingewiesen, dass ein stringenter Zusammenhang zwischen Krankheit und Migration nicht feststellbar sei. Allerdings sei - im Sinne einer Phase erhöhter Vulnerabilität - erkennbar, dass

- unfreiwillig migrierte gegenüber freiwillig migrierten Personen eine höhere psychiatrische Morbidität zeigen,
- mangelnde Sprachkenntnisse nichtpsychotische, kurzfristige seelische Dekompensationen zu begünstigen scheinen und dass
- das Erkrankungsrisiko für Depressionen während der ersten Jahre nach der Zuwanderung erhöht ist.

Diese zusammengetragenen Befunde und Hinweise stärken die von Brucks (1994) bereits an früherer Stelle formulierten Thesen, dass Migration sowohl als Chance wie auch als Bedrohung und nicht per se als krankmachend zu betrachten sind. Es ist weiterhin davon auszugehen, dass weder psychogene Erkrankungen der MigrantInnen noch deren Krankheitsverständnis und -verhalten "importiert" sind. Vielmehr sind diese Ergebnisse sowohl der migrationsbestimmenden Ereignisse als auch der Wechselwirkung zwischen den Werten und Normen der Herkunftsgesellschaft und den mit großer Definitionsmacht ausgestatteten Bestimmungsfaktoren des Lebens in der Einwanderungsgesellschaft.

Unter salutogenetischer Betrachtung kommt dem Faktor Kommunikation bei der Ausgestaltung dieser Wechselwirkungen eine zentrale Bedeutung zu. Soziale Isolation und das Gefühl, sich nicht mitteilen zu können, ist als ein Leitsymptom in der Genese von Krankheit und psychischer Instabilität zu betrachten, dem durch gezielte kommunikationsfördernde Maßnahmen und Strategien entgegengewirkt werden kann. Wie z.B. Erfahrungen mit Frauentreffs zeigen, kann Isola-

tion und Sprachlosigkeit überwunden werden. Die dort gegebenen Möglichkeiten, Kränkungen besprechen zu können, sind aus psychosomatischer Sicht als die wichtigste Prophylaxe zur Vermeidung manifester Erkrankungen anzusehen (vgl. Brucks, 1994).

#### **4.2 Kultur- und religionsspezifische Vorstellungen von psychischer Gesundheit/Krankheit**

Migration ist nicht nur eine räumliche Bewegung zur Veränderung des Lebensmittelpunktes, sie ist vielmehr ein folgenreicher Einschnitt in die Identität der migrierenden Person. Die drei zentralen Komponenten des Identitätsgefühls - der Selbstkontinuitätssinn (Bewahrung des Zusammenhangs zwischen Vergangenheit und Gegenwart), die Selbstbestätigung (Anerkennung in der Interaktion mit anderen Menschen) sowie die Kommunikationsfähigkeit und Handlungskompetenz - müssen neu erarbeitet werden. Ein wesentlicher Grund für psychiatrische Fehlentwicklungen liegt in der erheblichen Schwierigkeit der nun notwendig gewordenen Konstruktion eines neuen Ichs. Eine solche Neukonstruktion leidet darunter, dass Identitätsarbeit gleichzeitig mit der Bewältigung von Trennungs- und Trauerarbeit abläuft. Mit dem Prozess der Migration ist stets eine für die Gesundheit prekäre Gefühlstriade von Trauer, Angst und Schuld verbunden, die um so größeres pathogenetisches Potenzial zu entfalten scheint, je größer die kulturelle Differenz zwischen Herkunfts- und Einwanderungsgesellschaft ist (vgl. Kürsat-Ahlers, 2000).

Krankheit und Gesundheit haben in verschiedenen Gesellschaften unterschiedliche Bedeutung. Krankheitswahrnehmung und -konzepte, aber auch der Umgang mit Krankheit in einer Gesellschaft werden durch bestehende Traditionen, Glaubensvorstellungen und kulturelle Praktiken, Techniken und Methoden der Heilung oder Vorbeugung von Krankheit mitbestimmt. Auch das medizinische System ist Teil des jeweiligen kulturellen und sozialen Systems. Bei Migrantinnen ist davon auszugehen, dass Muster der Inanspruchnahme hiesiger Gesundheitsversorgungsangebote von Erfahrungen und Bedingungen in den Herkunftsländern beeinflusst sind (Borde, 2002, S. 81).

In jeder Kultur stehen Krankheit und die Menschen, die sie fühlen und behandeln, sowie die sozialen Institutionen, die mit ihr in Verbindung stehen, in systemischen Beziehungen zueinander. Zur Veranschaulichung der inneren Struktur von Gesundheitssystemen in unterschiedlichsten Kulturen und Gesellschaften wird in der Ethnomedizin zwischen drei Sektoren unterschieden: dem populären, dem professionellen und dem volksmedizinischen Sektor. Der populäre Sektor beinhaltet die gesundheitliche Unterstützung innerhalb einer Gruppe oder Familie durch Selbsthilfe und altbewährte Hausmittel. Als Erstinstanz bei gesundheitlichen Beschwerden kommt ihm eine überaus wichtige Rolle im Gesundheitssystem zu. Der professionelle Sektor ist der Bereich von MedizinerInnen und HeilerInnen, die eine standardisierte, überregional anerkannte, medizinische Ausbildung haben. In den meisten Gesellschaften ist dies die moderne wissenschaftliche Medizin, die allerdings in den verschiedenen Kulturen unterschiedlich stark



repräsentiert ist, was deutlich wird, wenn man sich vor Augen führt, dass in Deutschland einige hundert Menschen, in ländlichen Teilen Anatoliens dagegen mehr als 20.000 Menschen auf einen Arzt bzw. eine Ärztin kommen. Der volksmedizinische Sektor betrifft nicht professionalisierte und rechtlich nicht institutionell verankerte HeilerInnen. Er umfasst alle Arten von HeilerInnen, die u.U. auch eine Ausbildung erfahren haben, die allerdings nicht überall anerkannt ist, wie z.B. HeilpraktikerInnen, GeistheilerInnen. Häufig überschneiden sich diese drei Sektoren und können sich gegenseitig befruchten. In fast jeder Gesellschaft gibt es einen medizinischen Pluralismus, d.h. parallel bestehende unterschiedliche Medizinsysteme stehen den PatientInnen bei der Wahl einer Behandlungsmethode zur Verfügung (Herrmann, 2000, S. 27).

Auf die Situation in Deutschland bzw. Nordrhein-Westfalen bezogen, heisst dies, dass bei Analyse und Bewertung kultur- und religionspezifischer Vorstellungen von psychischer Gesundheit und Krankheit ein besonderer Augenmerk auf die auch zahlenmäßig bedeutsame Gruppe der Migrantinnen aus dem türkisch-muslimischen Kulturkreis gerichtet werden muss. Wie alle Menschen erwerben Migrantinnen im Verlaufe ihres Sozialisationsprozesses spezifische Regeln des Umgangs mit und der Erfahrung von Krankheit und Gesundheit. Dabei werden ihnen Vorstellungen über einen gesunden Körper ebenso vermittelt wie Erfahrungen der Hilfe von Dritten im Falle der Erkrankung.

Migration bedingt nun die Notwendigkeit einer individuellen Verknüpfung dieser alten – religiös fundierten und/oder magisch geprägten – Krankheits-/Gesundheitsvorstellungen mit neuen, technisch-biologisch geprägten Vorstellungen eines nüchternen, von der Ratio geprägten medizinischen Weltbildes. Wie problematisch diese individuelle Verknüpfung werden kann, verdeutlichen die folgenden Merkmale eines religiös fundierten Krankheitsverständnisses und Verhaltens:

- Erkrankungen werden auf das direkte oder indirekte Einwirken von Gott, göttlichen Wesen, Ahnen, Seelen von Verstorbenen, Dämonen und Geistern zurückgeführt.
- Erkrankungen sind die Folgen von Verstößen gegen (religiöse) Gesetze, Vorschriften, Kultstätten, etc.
- Krankheit wird als Strafe bei menschlichem Fehlverhalten verstanden, die durch Medikamente nur gelindert werden kann.

Dies gilt auch für ein magisch geprägtes Krankheitsverständnis, bei dem die Entstehung von Krankheiten den Einwirkungen von Menschen und Verstorbenen mit magischen Kräften und Fähigkeiten zugeschrieben wird. Umgekehrt können Erkrankungen durch diese besonderen okkulten Kräfte und Fähigkeiten aber auch geheilt werden. Krankheiten werden in diesem Erklärungssystem auch als Störungen der sozialen Interaktion angesehen. Der erkrankte Mensch wird als Teil einer Gruppe (Großfamilie) betrachtet und diese muss – weil man sich gemeinsam krank fühlt – auch in den Heilungsprozess einbezogen werden. Die beiden kurz skizzierten sub-

jektiven Krankheitstheorien üben nicht nur bei MuslimInnen sondern bei AnhängerInnen aller Religionen einen großen Einfluss auf den Umgang mit Gesundheit und Krankheit aus (vgl. Colatz, 2001).

Traditionell geprägte und technisch-biologisch geprägte Krankheitskonzepte können auch durchaus parallel vorhanden sein. In den sozialen Gruppen, in denen ein religiös/magisch geprägtes Krankheitsverständnis vorherrscht oder parallel zum mehr naturwissenschaftlichen Weltbild vorhanden ist, spielen Frauen eine zentrale Rolle, sowohl bei der Interpretation der Erkrankungsursache als auch bei der Auswahl möglicher Behandlungen, da die Krankheit bzw. Störung hier nicht als individuelles Problem angesehen wird, sondern als Familienangelegenheit. Die Familie, deren Schlüsselfigur die (meist älteren) Frauen sind, entscheidet, welche Umgangsweise mit dem Problem gewählt wird.

Diese kurzen Beispiele für traditionelles Krankheitsverständnis dürfen jedoch nicht in dem Sinne missverstanden werden, dass muslimischer Glaube generell mit religiösen oder magischen Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit verknüpft ist. Auf Einzelheiten der Inanspruchnahme volksmedizinischer Praktiken wird auch in Kapitel 5.3. weiter eingegangen.

#### **4.3 Unterschiede zwischen Definitionen, Erklärungsmodellen und Behandlungskonzepten von Krankheiten**

Konzepte von Krankheit und Gesundheit bilden die Grundlage für Diagnostik und somit auch für Beratung und Therapie körperlicher und vor allem psychischer Probleme. „Sie [die Konzepte] haben historische, soziale und politische Wurzeln, die weit über die beteiligten Fachdisziplinen hinausreichen und nicht selten ihren größten Einfluss dort entfalten, wo sie unreflektiert als ‚natürliche‘ Größen vorausgesetzt werden. Die verinnerlichteten Bilder wirken bei PatientInnen wie Professionellen auf die Ausgangssituation zurück und schaffen neue Realitäten. Mitunter entsteht dadurch erst der Zustand, der dem bzw. der ‚Kranken‘ als individuelle Störung zugeschrieben wird. Alles von diesen Bildern Abweichende entgeht der Wahrnehmung oder wird aus Angst vor Beschämung nicht mehr mitgeteilt. Dadurch können Wege zum Verstehen und therapeutischen Handeln verstellt werden. Andererseits stellen Konzepte als Voraussetzungen für die wechselseitige Verständigung eine unverzichtbare Orientierungshilfe dar.“ (Kiesel & Lüpke, 1998, S. 7)

Psychische und psychiatrische Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit werden in besonderem Maße auch durch ‚unbewusste‘ gesellschaftliche Prozesse bestimmt. Bei MigrantInnen „treffen in der therapeutischen Situation ‚traditionell geprägte‘ mit ‚modernen‘, wissenschaftlich orientierten Konzepten zusammen. Die vielfachen Mischungen, Verflechtungen und Abgrenzungen, die sich durch die Auseinandersetzung zwischen diesen Konzepten ergeben, beginnen nicht erst im Aufnahmeland, sondern bereits in den Herkunftsländern. Darüber hinaus haben

sich Orientierungen entwickelt, die neue Nachbarschaften und Abgrenzungen jenseits von kulturalistischen oder wissenschaftlichen Ansätzen mit sich bringen: Wie bei den psychiatrischen Krankheitsvorstellungen kann Krankheit ganz allgemein als Störung, als ‚Defekt‘ im Individuum verstanden werden oder als Signal, als strukturierende Leistung, als Angebot zur Kommunikation. Das Symptom wird zum Hinweis auf familiäre, gesellschaftliche oder politische Krankheiten.“ (Kiesel & Lüpke, 1998, S. 8).

Trotz offensichtlich z.T. sehr gegensätzlicher Vorstellungen von Ursache und Entstehung von Krankheiten seitens der MigrantInnen und der VertreterInnen des säkularisierten Medizinsystems kommt es im konkreten Versorgungshandeln zu einer häufig zu beobachtenden pragmatischen Konvergenz. Die Grundhaltung vieler MigrantInnen, dass von außen – durch göttlichen Willen oder magische Kräfte – zugefügtes Leid auch von außen wieder behoben werden kann, führt nämlich z.B. bei türkischen MigrantInnen zu einem feststellbar häufigeren Arztwechsel. Hauptbeweggrund für dieses PatientInnenverhalten ist die dahinter liegende latente Vorstellung, dass die Patientin bzw. der Patient selbst keine Verantwortung für die Entstehung, aber auch keine für die Heilung einer Erkrankung trägt. Diese Sichtweise ist bei Frauen als auch Männern gleichwie verbreitet.

Die in unserer Kultur seit vielen Jahrhunderten konzeptionell verankerte Trennung von Psyche und Soma ist vielen anderen Kulturen fremd. Hinweise, körperliche Beschwerden seien als Reaktionen auf psychische Konflikte zu verstehen, können deshalb von Menschen anderer Kulturen nicht nur nicht verstanden werden, sie bedeuten auch nicht selten die Stigmatisierung als Verrückte. Auch Themen, die Sexualität oder die persönliche Ehre betreffen, sind heikel und vorsichtig anzusprechen. Rund ums Mittelmeer z.B. ist die Vorstellung des „Bösen Blicks“ als Ausdruck von Neid und Missgunst sowie Ursache für Krankheit beheimatet. Der böse Blick wird als Krankheitsursache bei seelischen Störungen, körperlichen Missempfindungen, bei Fruchtbarkeits- und Schwangerschaftsproblemen, bei Säuglings- und Kleinkinderkrankheiten sowie bei Unfällen aller Art herangezogen. Ob eine Krankheit dem Wirken des bösen Blicks zugeschrieben wird, hängt vom sozialen Kontext des Geschehens ab.

Im Phänomen des bösen Blicks erfüllt Krankheit zwei Funktionen. Zum einen dient sie als Mittel zum Verständnis der sozialen Umwelt und der eigenen Stellung in ihr. Zum anderen dient Krankheit der sozialen Sanktion. Neid und Missgunst dienen der sozialen Nivellierung. Die zerstörerische Kraft des bösen Blicks verhindert die weitere Bereicherung einer bevorteilten Person. Neid führt gerade dort zu einer gerechten Verteilung von Gütern, wo die Ressourcen knapp und begrenzt sind, da hier der Erfolg einer Person immer auf Kosten einer anderen geht. Andere kulturspezifische Syndrome, die z.B. bei türkischen Migrantinnen auftreten, bei denen seelische Beeinträchtigung und körperliche Beschwerden Hand in Hand gehen, sind: Nabelfall (Bauch- und Magenbeschwerden, die mit Übelkeit, Schwindel, Schwäche und Müdigkeit einhergehen); Sikinti: ein Beklemmungsgefühl (Kopf-, Herzschmerzen, Enge-, Globus- und Erstickenungsgefühl sowie Kurzatmigkeit aufgrund von Sorgen, Ärger, Sehnsucht oder Schuldgefühl

len), Lebervergrößerung (Leber- und Oberbauchschmerzen aufgrund von Traurigkeit, Sorgen und schwerem Leid).

Im Zuge der Anpassung an unsere Kultur geht bei Migrantinnen der komplexe Zusammenhang dieser traditionellen Krankheitsbilder verloren, was als eine Art Anpassungsleistung der Migrantinnen an unsere Kultur verstanden werden kann. Die VertreterInnen der ärztlichen Profession besitzen häufig nicht das Hintergrundwissen, um derartige Krankheitsvorstellungen zu berücksichtigen, bzw. bekommen sie von den PatientInnen aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse nicht hinreichend vermittelt. Innerhalb des Systems der westlich rationalen Medizin wird die Komplexität der beschriebenen Phänomene häufig auf den Begriff der Somatisierungsstörung eingengt, der nicht zwangsläufig nur dadurch zustande kommt, dass die Ärztin bzw. der Arzt die körperlichen Symptome in den Vordergrund stellt, sondern auch dadurch, dass die Patientinnen immer wieder auf die Untersuchung und Behandlung eben dieser körperlichen Symptome insistieren (s.a. Kap. 3.2). Um Missverständnisse zu vermeiden, sind ausführliche Gespräche zwischen Ärztin bzw. Arzt und Patientinnen erforderlich, um Verständigungsprobleme aufzudecken und ein besseres Verstehen eigener und fremder Krankheitserfahrungen zu ermöglichen. Eine reine Sprachvermittlung allein ist nicht ausreichend. Vielmehr ist es notwendig, sich für den interkulturellen Vermittlungsprozess zu sensibilisieren und zu schulen, um Problemfelder, Möglichkeiten und Grenzen in der gesundheitlichen Versorgung von MigrantInnen besser wahrzunehmen und bedarfsgerechter intervenieren zu können (Herrmann, 2000, S. 27 ff.).

Eine somatische Fehlinterpretation psychischer Störungen führt dementsprechend auch zu somatischer Fehlbehandlung. In der Literatur sind zwar keine Hinweise dafür ersichtlich, dass Migrantinnen mit psychischen oder psychosomatischen Problemen häufiger eine rein somatische Diagnose gestellt wird als Migranten, aber da bei Frauen (kulturunabhängig) eine höhere Prävalenz psychischer Störungen feststellbar ist, sind Frauen vermutlich auch häufiger von Missverständnissen, Fehlinterpretationen und somit Fehlbehandlungen psychogener Störungen betroffen.

Im Kontext psychopathogener Erkrankungen führt diese Grundhaltung allerdings auch häufig zu einer ganz spezifischen Variante des PatientInnenverhaltens. Insbesondere dann, wenn Methoden der „Schulmedizin“ – nicht zuletzt bedingt durch eine auf unterschiedlichen Ebenen ablaufende Kommunikation zwischen Ärztin bzw. Arzt und PatientInnen – keine oder nur langsame Erfolge zeigen, werden Heilmethoden der Volksmedizin in Anspruch genommen. Entsprechend dem außengeleiteten Krankheitsverständnis (externale Ursachenattribution) erinnert man sich an traditionelle Erklärungs- und Lösungsmuster. Zudem bedeutet die magische Interpretation psychischer Erkrankung auch eine Entlastung, da zum einen die Familie dadurch kein Mangel trifft und zum anderen sichert eine solche Annahme der Patientin die Zuwendung und Hilfe der Angehörigen.

Bei traditionell geprägten Krankheitsvorstellungen werden Störungen wie Depressionen, Lust- bzw. Antriebslosigkeit oder allgemeines Unwohlsein z.B. dem „bösen Blick“ oder der schwarzen Magie als Verursacher zugerechnet und neurologische bzw. psychiatrische Krankheitsbilder wie Epilepsien, Lähmungen oder Psychosen etc. werden z.B. durch eine Besessenheit von Geistern erklärt. Dementsprechend folgt dann der jeweils zugeschriebenen Verursachung die Wahl einer voraussichtlich passenden traditionellen Heilmethode (vgl. Atik, 2000). Wenn man so will, unterscheiden sich insbesondere muslimisch geprägte MigrantInnen in ihrem Krankheits- bzw. Inanspruchnahmeverhalten von Versorgungsleistungen nicht im Sinne eines „entweder - oder“ sondern eines „sowohl - als auch“.

Generell kann festgehalten werden, dass eine kulturelle Prägung bzw. Beeinflussung aller Aspekte von Krankheit unumstritten und als mögliche Faktoren in den Prozess von Diagnose und Therapie bei MigrantInnen einzubeziehen sind:

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| <i>Krankheitsverständnis:</i> | Interpretationen von Symptomen und Krankheitsprozessen   |
| <i>Krankheitsausdruck:</i>    | Art und Weise der Darstellung der Beschwerden, Auswahl der Beschwerden, die geschildert werden |
| <i>Krankheitstheorie:</i>     | Ursachenattribution der Krankheitsentstehung   |
| <i>Therapieerwartungen:</i>   | Auswahl der Therapie/Behandlung und Vorstellung über Ablauf und Erfolg                         |

Auch wenn diese kulturspezifischen Aspekte entsprechend der verfügbaren Literatur weitestgehend geschlechtsunspezifisch dargestellt worden sind, sollen dennoch einige Verbindungen hergestellt werden, die einen frauenspezifischen Blickwinkel auf diese Problematik einnehmen. Traditionelle oder kulturspezifische Interpretationen von Krankheit hängen, besonders soweit sie mit der Sichtweise westlicher Medizin in Konflikt geraten, stark von der Bildung der Betroffenen ab. Je besser es um die allgemeine Bildung einer Person bestellt ist, desto mehr treten rationalere Krankheitsvorstellungen in den Vordergrund. Aus Kapitel 2 dieses Berichts geht hervor, dass vor allem Türkinnen, aber auch Frauen aus anderen Anwerbeländern, besonders der ersten Generation, ein zumeist sehr niedriges Bildungsniveau aufweisen. Damit zusammenhängend kommt bei diesen Frauen, aber auch bei sogenannten Heiratsmigrantinnen, die generell, wenn sie nach Deutschland kommen, einen großen Teil ihrer Lebenszeit im Heimatland verbracht haben, hinzu, dass sie keine oder allenfalls schlechte Sprachkenntnisse aufweisen. Aufgrund dieser spezifischen sozio-ökonomischen Stellung dürfte der Gegensatz zwischen traditionellen Vorstellungen und moderner Medizin für diese Frauen von größerer Bedeutung sein, als für andere MigrantInnengruppen. Die generell konstatierte Häufung von Somatisierungsstörungen, besonders bei älteren Migrantinnen weist auf diesen Zusammenhang hin und

umreißt damit eine Klientinnengruppe, der bezogen auf die Berücksichtigung kulturell bedingter Krankheitskonzepte besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte.

#### **4.4 Bedeutung von Migrationshintergründen für psychische Gesundheit**

Dass Migration als besonders einschneidende und i.d.R. belastende Lebenserfahrung Auswirkungen auf die seelische Gesundheit der Betroffenen hat, ist unstrittig (vgl. Pfeiffer, 1996). Eine versorgungsorientierte Betrachtung dieser Auswirkungen erfordert u.a. auch eine Berücksichtigung von Migrationshintergründen.

Demensprechend muss die in den letzten Jahren zunehmende ‚Diversifizierung‘ der MigrantInnen einen Blick auf die damit verbundenen Variationen ätiologischer Risikokonstellationen lenken. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass bei MigrantInnen je nach ihren spezifischen Migrationserfahrungen bestimmte psychische Störungen und Erkrankungen eine größere Auftretenswahrscheinlichkeit haben.

Unbestritten ist, dass in der Gruppe der Flüchtlinge, Asylbewerberinnen und Frauen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus posttraumatische Belastungsstörungen sehr häufig anzutreffen sind. Diese schweren psychischen Erkrankungen können in den üblichen ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen nicht ausreichend behandelt werden. Hierzu sind spezielle psychotherapeutische und psychosomatische und psychiatrische Hilfsangebote vonnöten, um einen Heilerfolg dieser schwerstbelasteten Migrantinnen zu ermöglichen.

Zwar teilen traumatisierte MigrantInnen eine Reihe von Erfahrungen wie den Verlust der Heimat, das Einleben in eine fremde Kultur, die sprachliche Isolation oder das Erleben einer teils offen gezeigten Ablehnung bis hin zu aggressiven Handlungen, dennoch ist die Kumulation dieser unterschiedlich belastenden Erfahrungen in Kombination mit der Gewalterfahrung im Vorfeld und u.U. während des Migrationsprozesses eine besonders problematische Lebenssituation mit entsprechenden psycho-pathogenetischen Auswirkungen. Opfer menschlicher Gewalt, ob durch Kriegseinwirkungen oder durch Verfolgung, Haft, Folter und sexuelle Misshandlung haben neben körperlichen Verletzungen eine fundamentale Zerstörung von Wertvorstellungen und eine ebenso starke Erschütterung des eigenen Selbstbildes erfahren. Diese traumatisierenden Belastungen lösen immer wiederkehrende Störungen und ungewollte Symptome wie Angstreaktionen, Schlaflosigkeit, Reizbarkeit, Aufmerksamkeitsstörungen oder auch schwer kontrollierbare Affektschübe etc. aus, die sehr häufig aber erst Anlass einer therapeutischen Hilfestellung werden, wenn sogenannte komorbide Störungen bei posttraumatischen Belastungsreaktionen auffällig werden. Als solche psychischen oder psychosomatischen Probleme, die bei den KlientInnen ein entsprechendes Hilfeersuchen gegenüber Professionellen auslösen, sind neben Suizidalität, Medikamenten-, Alkohol- und Drogenmissbrauch vor allem auch Somatisierungsstörungen (häufig in Form von chronischen Schmerzzuständen), Herz-Kreislauf-

Störungen und erhöhte dissoziative Störungen (körperliche Ausfälle, Ohnmachtsanfälle, Selbstgespräche, Hören von Stimmen bis hin zu Nicht-mehr-sehen-können) zu nennen (vgl. Abdallah-Steinkopff, 2001).

Problematisch ist, dass solche somatischen Störungen, wenn sie von den Patientinnen bei den behandelnden Ärztinnen/Ärzten vorgestellt werden, häufig nicht mit der Traumatisierung in Verbindung gebracht werden, da die Patientinnen in den seltensten Fällen von sich aus das Trauma (das häufig auch schambesetzt ist oder verdrängt wird) ansprechen. Daher ist es schwierig, den Patientinnen zu einer entsprechenden Behandlung bzw. Therapie zu verhelfen, wenn die behandelnden ÄrztInnen nicht entsprechend sensibilisiert oder geschult sind.<sup>3</sup> Um eine bedürfnisorientierte medizinische Versorgung von Frauen mit Posttraumatischen Belastungsstörungen sicherzustellen, sind behandelnde ÄrztInnen stärker über Ursachen und Auswirkungen von Folter, Vergewaltigungen und sonstigen Gewalterfahrungen während der Migration zu informieren (s. hierzu auch Kap. 4.7)

Bei den beiden anderen großen MigrantInnengruppen, den ArbeitsmigrantInnen und den deutschstämmigen AussiedlerInnen aus Russland und den ehemaligen Ostblockstaaten, fallen zunächst die Jugendlichen auf, die gegenüber ihren autochtonen AltersgenossInnen überproportional häufig Sucht- und Devianzprobleme zeigen, die nicht zuletzt durch extreme Sprachprobleme, Misserfolge in der Schule sowie eine Diskrepanz zwischen rigidem Erziehungsstil und erlebten sozialen Freiräumen erzeugt werden (vgl. Lajos, 1993, 1998). In der Vergangenheit war es so, dass Mädchen und junge Frauen mit Migrationshintergrund sehr viel weniger von Suchtproblemen betroffen waren im Vergleich zu deutschen Mädchen. Nach Einschätzung der Expertinnen der Round-Table-Gespräche ändert sich dies aber zunehmend in dem Sinne, dass die protektiven familiären Faktoren allmählich wegfallen und die Suchtgefährdung für Mädchen mit Migrationshintergrund deutlich ansteigt.

*„Bisher waren sie möglicherweise ziemlich behütet und man hat sie auch davor [den Drogen] geschützt und jetzt sind sie weniger behütet, haben dafür aber vielleicht keine Differenzierungsmöglichkeiten, um zu erkennen, was tut mir gut, was tut mir nicht gut. Sie sind nicht mehr von der Familie geschützt, haben aber keine Selbstschutzmechanismen in den Bereichen entwickelt, um sich vor Süchten zu schützen. Auch Internetsucht usw., das ist gerade für Mädchen, glaube ich sehr gefährlich, weil sie sich da halbwegs geschützt in Bereiche begeben, die dann so ein bißchen aus dem Ruder laufen können und was sehr schnell einen Suchtcharakter entwickelt. Da sehe ich noch Vieles auf uns zukommen.“*

Bei der großen Gruppe der Arbeitsmigrantinnen mittleren Alters fallen insbesondere mehrfach belastete Frauen auf, die aufgrund ihrer zumeist mäßigen bis schlechten Sprachkenntnisse und angesichts des eklatanten Mangels an muttersprachlichen PsychotherapeutInnen und kulturell

---

<sup>3</sup> Mitteilung aus telefonischem Interview mit Dr. Joksimovic, Rheinische Kliniken Düsseldorf

und sprachlich kompetenten Beratungsangeboten kaum die Möglichkeit einer psychotherapeutischen Unterstützung bekommen. Bei der Gruppe der älteren Arbeitsmigrantinnen werden in den nächsten Jahren in zunehmendem Umfang geriatrische bzw. gerontopsychiatrische Probleme und Störungen eine Rolle spielen (vgl. Olbermann & Dietzel-Papakyriakou, 1995; Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen, 2002). Insbesondere ist es der häufig lange aufrecht erhaltene Traum der Rückkehr in die alte Heimat, der nun aus familiären und finanziellen Gründen nicht mehr realisierbar erscheint und oftmals nur auf Kosten massiver psychischer Belastungen, die sich in sozialer Isolierung und Depression Ausdruck verschaffen, aufgegeben werden kann.

Unbestritten ist auch, dass „illegale“ Migrantinnen besonderen psychischen Belastungen ausgesetzt sind. Der fehlende aufenthaltsrechtliche Status ist für diese Frauen ein anhaltender und extrem hoher Stressfaktor, der geprägt ist durch Furcht vor Ergreifung, Bestrafung und Ausweisung. Der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung ist für diese Frauen nur im Rahmen einer medizinischen Notfallbehandlung möglich. Die (im Falle traumatischer Fluchtumstände) dringend notwendigen psychiatrischen und psychosozialen Behandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen sind für Frauen ohne aufenthaltsrechtlichen Status de facto nicht zugänglich. Zwar steht ihnen auch Anspruch auf Krankenhilfe zu, dies wird aber in der Praxis nicht wahrgenommen, da sich durch die notwendigen Kontakte mit Behörden und Institutionen die Gefahr der Abschiebung erhöht. In Kapitel 4.7 wird genauer auf diese Problematik eingegangen.

#### **4.5 Kultursensible Versorgung - Möglichkeiten und Grenzen**

Psychosoziale Beratung sowie psychologische, psychiatrische und medizinische Versorgung von MigrantInnen finden de facto tagtäglich in psychosozialen Beratungsstellen, Krankenhäusern, Arztpraxen und Gesundheitsdiensten statt. Insbesondere in den Fällen großer kultureller Differenz zwischen KlientInnen und VersorgerInnen, so z.B. im Falle einer Beratung bzw. Behandlung bekennender und praktizierender MuslimInnen, entstehen dabei nicht selten erhebliche Irritationen und Störungen auf beiden Seiten. So fühlen sich die MitarbeiterInnen von Versorgungseinrichtungen durch religiöse, kulturelle und traditionelle Werte, Normen und Verhaltensregeln ebenso überfordert wie die Klientinnen/Patientinnen ihrerseits, wenn deren Werte und Verhaltensregeln in Beratung und Behandlung nicht respektiert und berücksichtigt werden. Dies wird von den Klientinnen zudem oft als diskriminierend und ehrverletzend empfunden mit erheblichen Wirkungen auf Compliance sowie Beratungs- bzw. Behandlungserfolg und wird auf Seiten der VersorgerInnen mit mehr oder weniger großer Ratlosigkeit zur Kenntnis genommen.

Wenn von den Versorgungseinrichtungen für alle KlientInnen/PatientInnen – ohne Rücksicht auf Nationalität, Hautfarbe oder Religion – eine angemessene Hilfe geleistet werden soll, muss – dem Gleichheitsgrundsatz nur scheinbar widersprechend – eine kultursensible, die kulturelle Differenz speziell berücksichtigende Herangehensweise gewährleistet sein. Im Zentrum der



Bemühungen um eine kultursensible Versorgungspraxis steht zunächst das Problem der Überwindung der Sprachbarriere zwischen KlientIn und HelferIn, die insbesondere in dem auf Kommunikation angewiesenen psychologischen, psychosozialen bzw. psychiatrischen Beratungs- und Behandlungsbereich eine tragende Rolle spielt. Während im therapievorbereitenden und – begleitenden Umfeld des Versorgungsprozesses Dolmetscherdienste sinnvoll eingesetzt werden können, muss für das eigentliche psychotherapeutische Behandlungssetting der Einsatz muttersprachlicher TherapeutInnen sichergestellt werden. Hierfür muss vor allen Dingen eine verbindliche finanzielle Basis in Kooperation mit den zuständigen Sozialkassen geschaffen werden. Unabhängig davon sollte aber dafür Sorge getragen werden, dass vor allem im Pflegebereich verfügbare sprachliche Kompetenzen für den Aufbau einrichtungsinterner Dolmetscherdienste genutzt werden (vgl. Wesselmann, 2001).

Parallel zu den Maßnahmen zum Abbau von Kommunikationsproblemen müssen die Anstrengungen zur Vermittlung hinreichender interkultureller Kompetenzen vorangetrieben werden. In diesem Zusammenhang ist die Frage zu diskutieren, ob es nicht notwendig wäre, angesichts der großen Zahl muslimischer MigrantInnen – die bisher von der Regelversorgung „einfach mitversorgt“ werden, ohne dass auf ihre spezifischen Vorstellungen und Problemlagen eingegangen wird – eigene Formen der psychosozialen Versorgung für MuslimInnen in Deutschland einzurichten. Rüschoff (2001) argumentiert hier in zugleich engagierter wie differenzierter Weise für eine islamische psychosoziale Beratung, die grundsätzlich, wie die katholische und evangelische Beratung auch, neutral und für alle BürgerInnen offen sein soll. Hintergrund dieser Argumentation ist, dass aus dem Selbstverständnis des Islam heraus grundsätzlich kein Aspekt des täglichen Lebens – also auch psychosoziale Beratung – zu gering ist, um nicht als Gottesdienst verstanden zu werden.

Konsequenterweise bewegen sich BeraterInnen und KlientInnen in gewissem Sinne ständig auf religiösem Gebiet und mögliche Problemlösungen müssen daher mit dem Islam in Übereinstimmung stehen bzw. dürfen dessen Regeln nicht widersprechen. Eine nicht muslimische Beraterin bzw. ein nicht muslimischer Berater ist hier schnell überfordert. Daraus folgt, dass eine islamische Perspektiven beachtende psychosoziale Beratung dort, wo es notwendig ist, einen bikulturellen und ggf. auch bilingualen Ansatz verfolgen muss. In diesem Sinne gestaltete Beratungsleistungen sind dann auch geeignet, streng praktizierenden muslimischen KlientInnen Zugang zur psychosozialen Versorgung zu verschaffen, z.B. durch Beratungsleistungen von Frauen für Frauen und von Männern für Männer.

#### **4.6 Prävalenz und Inzidenz psychischer Erkrankungen bei Migrantinnen**

Aufgrund der bereits beschriebenen defizitären Datenlage (keine aktuellen wissenschaftlich fundierten Untersuchungen zur Prävalenz psychischer Störungen, keine migrationspezifische Gesundheitsberichterstattung, keine Differenzierung wichtiger Datensätze, wie z.B. Kranken-

hausdiagnosestatistik nach Staatsangehörigkeit bzw. Geburtsland) ist die Frage, wie die Verteilung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen bei Migrantinnen aussieht, z.Zt. nicht beantwortbar. Jedoch muss festgestellt werden, dass auch für die deutsche Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen fundierte Aussagen zur wahren Prävalenz psychischer und psychosomatischer Erkrankungen nicht zu treffen sind. In dem Bericht der Landesregierung „Gesundheit von Frauen und Männern“ wird in dem Kapitel psychischer Erkrankungen und psychosomatischer Störungen bei Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen bilanzierend festgehalten: „Um die wahre Prävalenz psychischer und psychosomatischer Erkrankungen in Nordrhein-Westfalen angeben zu können, fehlen leider verlässliche Grundlagen, so dass hier nur Anhaltspunkte aus anderen Studien gegeben werden können.“ (MFJFG, 2000, S. 226).

Die wenigen epidemiologischen Untersuchungen, die bisher vorliegen (und größtenteils wenig aktuell sind), zeigen widersprüchliche Ergebnisse, was eine unterstellte stärkere Belastung von MigrantInnen bzw. von MigrantInnenkindern betrifft. Eine Gruppe von Studien, die sich mit der Prävalenz psychischer Störung bei MigrantInnenkindern befasst (Pouska, 1984; Schlüter-Müller, 1992) konnte *keine* besondere Belastung von Kindern ausländischer Herkunft, insbesondere Mädchen türkischer Herkunft, nachweisen. Pouska fand eine vergleichbare Rate bei deutschen und türkischen Kindern ohne Zusammenhang mit sozio-ökonomischen Bedingungen sowie individuellen und migrationsspezifischen Merkmalen, wohl aber mit der jeweiligen familiären Situation und vermuteten kompensatorischen bzw. protektiven interfamiliären Faktoren. Beide Studien haben für Mädchen türkischer Herkunft weder besondere Belastungen noch spezifische Krankheitsbilder nachweisen können.

Auch Schepker (1995a) fand in ihrer Studie, die an der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik Essen durchgeführt wurde und sich hauptsächlich auf Internalisierung und Externalisierung von Normen richtete, keine Unterschiede. Mädchen türkischer Herkunft verhielten sich nicht externaler als Jungen der gleichen Ethnie, was gegen die Alltagsmeinung vom hilflosen, kulturell gespaltenen Mädchen türkischer Herkunft spricht. Es ist offensichtlich nicht richtig, dass türkische Mädchen ein passives Bewältigungsverhalten zeigen und sich ihr Verhalten in Gehorsamkeit, Duldsamkeit und Zurückhaltung äußern und dass sie im Vergleich zu Jungen eingeschränkte Möglichkeiten im sozialen Handeln haben.

Demgegenüber gibt es eine Reihe von Studien, die dafür sprechen, dass MigrantInnenkinder eine besondere Risikogruppe für das Entstehen psychischer Notsituationen sind. Steinhausen und Mitarbeiter (1982, 1989, 1990) fanden höhere Symptombelastungen bei nicht deutschen Kindern, und auch die Ergebnisse von Fichter et al. (1988), Remschmidt (1990) und Mansel & Hurrelmann (1993) weisen in dieselbe Richtung. Jedoch arbeiten alle letztgenannten Studien nicht mit parallelisierten Kontrollgruppen und auch nicht mit reliablen Messinstrumenten, die für die nicht deutsche Gruppe validiert worden sind, sondern die türkischen Kinder wurden in einer Untersuchung mit primär anderer Fragestellung lediglich miterfasst.

Untersuchungen, die sich auf Inanspruchnahmepopulationen beziehen, scheinen nur vordergründig migrationsspezifische Ursachen zu belegen, die jedoch wissenschaftlich nicht haltbar sind. Epidemiologische Untersuchungen aber, die mit spezifischen Instrumenten und Vergleichsgruppen arbeiten, zeigen keine stärkere psychische oder psychiatrische Belastung von Mädchen türkischer Herkunft, weder im Vergleich zu deutschen noch zu männlichen Jugendlichen derselben Ethnie.

Schepker, Eberding & Toker (1998) führten ein von der Deutschen Forschungsgemeinschaft gefördertes Projekt zu Bewältigungsstrategien und Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten Jugendlicher in Familien aus der Türkei durch und interviewten hierfür u.a. 80 türkischstämmige MigrantInnenfamilien sowie eine Inanspruchnahmepopulation von 40 türkischstämmigen Familien, die die Institutsambulanz der Universitätsklinik Essen zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken aufsuchten. Diese methodisch sehr fundierte Untersuchung, die nicht nur mit Inanspruchnahmepopulationen arbeitete, kommt zu der generellen Schlussfolgerung, dass „die psychologisch-psychiatrischen Risikotheorien hinsichtlich spezifischer Risiken von MigrantInnen für die seelische Gesundheit von Jugendlichen einer fundamentalen Revision bedürfen“ (Schepker et al., 1998, S. 206).

„Eine alle Kapitel durchdringende Erkenntnis aus der vorliegenden Studie ist das Ausmaß an positiven Bewältigungsstrategien, psychischer Widerstandsfähigkeit und seelischer Gesundheit, das in den untersuchten Familien trotz deren unterschichtlastiger Selektion und trotz teilweise erheblicher sozialer Probleme zu finden war. Damit widerlegen die Ergebnisse der Studie, obwohl sie nicht als epidemiologische angelegt war, die immer noch in der Fachdiskussion vertretene Risikohypothese bezüglich psychischer Störungen für Jugendliche in Migrantenfamilien, ob diese nun in eine Kulturkonflikttheorie, eine Migrations-Stress-Theorie oder eine Marginalisierungstheorie eingebettet sei. ... Das Bestehen psychischer Problematik bei 24,8% der Kinder in 40% der Familien bestätigt die Ergebnisse von Poustka (1984: 18% Auffälligkeiten bei türkischstämmigen 13- bis 14-Jährigen, kein signifikanter Unterschied zur Rate von 26% bei deutschen) und die leicht gestiegene Rate bei den älter gewordenen Jugendlichen in der Nachuntersuchung von Schlüter-Müller (1992).“ (Schepker et al., 1998, S. 198)

Die Implikationen der Ergebnisse werden von den AutorInnen nachfolgend formuliert. „Spezifische Einflüsse der Migration auf die psychische Gesundheit im Sinne der Migrations-Stress-Theorie lassen sich lediglich für das subjektive Beeinträchtigungserleben durch AusländerInnenfeindlichkeit und für einen marginalisierten Status der Familie konstatieren, die mit dem Faktum ‚Migration‘ mittelbar zusammenhängen. Darüber hinaus ist die Migrations-Stress-Theorie mit dem ihr innewohnenden Determinismus für Jugendliche in MigrantInnenfamilien nicht haltbar – die psychiatrische Gefährdung ist generell nicht höher anzusetzen als bei einheimischen Jugendlichen in gleicher sozialer Lage. ... Die Haltung, Jugendliche müssten sich ‚zwischen zwei Kulturen‘ entscheiden, entspringt westlich-dichotomer Denkweise und ließ sich

aus dem Interviewmaterial des überwiegenden Teils der untersuchten Kinder nicht nachvollziehen.“ (Schepker et al., 1998, S. 206)

In einem Anschlussprojekt, das von derselben Arbeitsgruppe im Auftrag des MFJFG Nordrhein-Westfalen durchgeführt wurde (Dana, Schepker & Eggers, 2002) wurden auch Vergleiche zwischen der MigrantInnenstichprobe und einer deutschen Vergleichsstichprobe hergestellt. Hier wurde deutlich, dass Kinder aus MigrantInnenfamilien nicht häufiger an psychiatrischen Störungen leiden als einheimische, aber auch nicht seltener. Sie finden sich jedoch weit seltener in einer Beratung oder Behandlung ein, als es den statistischen Erwartungen entspricht. Für den Fall, dass die TherapeutInnenvariablen konstant gehalten werden - also ein(e) Therapeut(in) mit bilingualer und bikultureller Kompetenz beide Gruppen untersuchte, behandelte und kulturadäquate Diagnosen gesichert waren -, unterschieden sich die Kinder und Jugendlichen aus der Türkei weder bezüglich der Krankheitsbilder, noch des Therapiebedarfs oder des Therapieverlaufs von den deutschen Kindern und Jugendlichen. Bezüglich der etwas häufiger bei MigrantInnenkindern diagnostizierten sozialen Ängstlichkeit wurde deutlich, dass sich diese bei den behandelten Fällen überwiegend auf schwierige Konstellationen mit heiratsmigrierten Müttern oder Vätern zurückführen ließen, die selbst noch stark unter Adaptionsschwierigkeiten litten. Die AutorInnen kamen auch zu dem Schluss, dass die in der älteren Literatur berichteten Unterschiede in der Diagnoseverteilung oder häufigere Therapieabbrüche sich damit nicht unterstützen lassen, so dass von Selektionseffekten bisheriger Studien (ausschließlich an nicht repräsentativen Inanspruchnahmepopulationen in Institutionen ohne kulturadäquates Angebot) auszugehen ist (Dana et al., 2002).

Im Hinblick auf das Inanspruchnahmeverhalten der Familien wurde deutlich, dass „Familien aus der Türkei kinder- und jugendpsychiatrische Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten im selben Umfang wahrnehmen wie deutsche Familien, falls ein qualifiziertes muttersprachliches Angebot der Institution besteht. So konnte durch den Einsatz eines türkisch-muttersprachlichen Diplom-Psychologen mit einer ½ Stelle in der Regelversorgung der Institutsambulanz der Anteil von inanspruchnehmenden Familien aus der Türkei auf 12% verdreifacht werden“ (Dana et al., 2002, S. 7).

Boos-Nünning (1998, S. 311 ff.) schlussfolgert in ihrer Kritik an der Migrationsforschung unter geschlechtsspezifischer Perspektive, dass die deterministische Risikofaktorenforschung den ausländischen Mädchen weit mehr schadet, als zum Verständnis der Situation beizutragen: „Einer der Gründe für die Verbreitung und Aufrechterhaltung eines Bildes von einem – im Bereich der psychischen Befindlichkeit – gestörten oder defizitären Sozialisationsprozess liegt neben fehlenden oder methodisch unzureichenden Untersuchungen und neben der Rezeptionspraxis an dem Sachverhalt, dass die sozialisationstheoretische Diskussion um das Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen ausländischer Herkunft über eine naive Adaption allgemeiner Sozialisationstheorien und eine grundsätzliche Kritik daran nicht hinaus gekommen ist. ... Mädchen türkischer Herkunft laufen Gefahr, als Problemjugendliche definiert, interpretiert

und eingestuft zu werden, aber nicht nur von den Pädagoginnen und Pädagogen, sondern auch von den Instanzen und von der Wissenschaft. ... Verbleibt die Wissenschaft im Stadium irgendeiner vorentschiedenen mit den Alltagsdeutungen und den Instanzen gleichartigen Materialsichtungen, dann wird sie nicht erkennen können, dass die Betroffenen, die Mädchen türkischer Herkunft, aufgrund differierender Interpretationsregeln, Lebenswelterfahrungen, Situationsdefinitionen, kurz anderer Hintergrunderwartungen sich selbst und auch ‚verallgemeinerte andere‘ anders verstehen als jene sie. Diese Wissenschaft wird in einer Diskussion um Lösungsstrategien der Institutionen nicht empfehlen können, auf der Verständnisebene ihrer Adressaten zu interagieren und sie als Kommunikationspartnerinnen zu akzeptieren, sondern wird versuchen, die klinische Perspektive zu differenzieren. ... Die Geschlechtsspezifität der Migrationsforschung belastet migrierte Frauen und ihre Töchter daher weitaus mehr als Männer und ihre Söhne.“

Dies soll jedoch nicht bedeuten, dass eine geschlechtsspezifische oder geschlechtssensible Migrationsforschung per se problematisch ist, sondern dass bei zukünftigen Forschungsprojekten und der Darstellung der Ergebnisse stärker als bisher üblich auch die positiven Potentiale und Ressourcen von Mädchen und Frauen beachtet werden sollten.

#### 4.7 Gewalt gegen Frauen und Menschenhandel

Die Anzahl der Migrantinnen, die von ihren Partnern misshandelt werden, ist nicht bekannt. Es sind bisher kaum empirische Studien veröffentlicht worden, welche die Frage, wie viele Migrantinnen von Gewalt betroffen sind, beantworten können. Auffällig ist jedoch, dass in letzter Zeit der Anteil der Migrantinnen, die in Frauenhäusern Zuflucht suchen, erheblich gestiegen ist.<sup>4</sup> In einigen Frauenhäusern liegt der Anteil der Migrantinnen bei über 90%. Dies ist jedoch nicht unbedingt ein Hinweis darauf, dass die häusliche Gewalt in MigrantInnenfamilien stärker geworden ist, sondern weist zunächst einmal darauf hin, dass Migrantinnen verstärkt den Mut finden, sich aus unzumutbaren familiären Verhältnissen zu lösen, was früher unter allen Umständen tabuisiert war.

*„Ich würde aber sehr davor warnen, die in einen Topf zu werfen mit den deutschstämmigen alleinerziehenden oder auch emanzipierten Frauen, weil ich denke, dass gerade die Frauen der zweiten Generation den Titel verdienen würden, zwischen zwei Kulturen zu sein, weil sie oftmals auch einen Spagat machen bezogen auf die Familie zum einen und den eigenen Kindern, die hier sozialisiert werden. Sie müssen sowohl den fortschrittlichen Anschauungen ihrer Kinder als auch den traditionellen der Herkunftsfamilie und des Ehemanns gerecht werden und dazwischen vermitteln. Die stehen im Grunde jetzt zwischen zwei Kulturen. Ich merke immer wieder, dass die Frauen, die diesen Schritt wagen, aus einer für sie entwürdigenden oder unzumutbaren Situation auszusteigen, zwar sehr gut wissen, was sie nicht wollen oder nicht mehr wollen,*

---

<sup>4</sup> Information aus den Fachgesprächen sowie Telefoninterviews mit ExpertInnen

*aber eigentlich noch nicht hinreichend wissen, was sie denn wollen und wohin sie wollen. Und dabei brauchen sie sehr individuelle und intensive Begleitung.*<sup>5</sup>

Dieser „Spagat zwischen den Kulturen“ hat für die Frauen, die sich aus ihren Beziehungen lösen, nicht nur eine Bedeutung für sie selbst, sondern auch für ihre Kinder, wenn es darum geht, eine neue Identität bzw. Rolle zu finden. Diese Frauen müssen für sich ein neues Selbstbild und eine neue Perspektive entwickeln. Sie dabei zu unterstützen ist auch eine psychosoziale Aufgabe, auf die die meisten Frauenberatungsstellen bisher nur unzureichend vorbereitet sind.

*„Frauen, die sich getrennt haben, müssen eine neue Frauenrolle, ein neues Selbstbild entwickeln. Sie sind nicht mehr Ehefrauen, und was bleibt dann übrig? Dann sind sie Mütter.“*<sup>6</sup>

Es ist für die Frauen nicht leicht, sich zwischen den internalisierten Ansichten der Herkunftsfamilien und den Bedürfnissen ihrer hier sozialisierten Kinder zurechtzufinden. Nach Trennungserfahrungen infolge von Gewalt kommt es nicht selten zu somatoformen Störungen bei den Frauen, die natürlich auch Auswirkungen auf die Kinder haben.

*„Diese somatoformen Störungen sind besonders stark ausgeprägt im Vergleich zu deutschen Frauen, weil vieles als nicht stimmig erlebt wird oder auch nicht ganz bewusst ist und auch nicht gut in Worte gefasst werden kann. Der Körper reagiert aber. Das ist natürlich auch ein sehr langer Prozess, und wir wissen ja sehr gut, dass gerade die psychosomatischen Störungen und Ängste sehr hartnäckig, sehr schwer aufzubrechen sind, sehr langwierig sind.“*<sup>7</sup>

*„Und was ich als sehr traumatisch erlebe, ist, dass oftmals gerade Ängste oder Zwangsstörungen auch auf die Kinder übertragen werden, die dann auch Ängste entwickeln. Es wird dann sehr symbiotisch. Die Kinder haben dann auch wenig Chancen, sich altersentsprechend gesund zu entwickeln, weil sie dann natürlich auch eine Funktion haben für die Mütter. Meist ist es so, dass sie eine Brücke zur Realität oder nach außen bilden, Außenkontakte ermöglichen. Viele Frauen definieren sich ja auch über ihr Muttersein.“*<sup>8</sup>

Ein wichtiger Punkt für die Frauen, die sich aus Gewaltbeziehungen lösen, sind rechtliche Konsequenzen, wenn der Aufenthaltsstatus an die Ehe geknüpft ist.

*„Bei all dem darf man nicht vergessen, dass ja auch diese erlernte Hilflosigkeit da ist, und eine Handlungsunfähigkeit, die subjektiv, teilweise aber auch objektiv gegeben ist, schon enorm dazu beiträgt, erst gar nicht die ersten Schritte zu machen. Ich erlebe es auch verstärkt eher so,*

<sup>5</sup> Familientherapeutin, Erziehungsberatungsstelle

<sup>6</sup> Familientherapeutin, Erziehungsberatungsstelle

<sup>7</sup> Familientherapeutin, Erziehungsberatungsstelle

<sup>8</sup> Familientherapeutin, Erziehungsberatungsstelle

*gerade in der Familienberatung, dass die Kinder die Eintrittskarte sind. Die Kinder kommen mit den Störungen und dann sieht man eben, dass da ein ganzer Rattenschwanz an Problemen hinterherhängt. Die ganze Problematik ist sehr vielschichtig. Ich habe Frauen psychologisch betreut, die eben diesen Schritt gemacht haben, sich vom Ehemann getrennt haben, die aber aufgrund der Familienzusammenführung die Aufenthaltserlaubnis hatten, und dass nach der Trennung der Grund der Einreise nicht mehr gegeben war und dann eine Frau, die wirklich wunderbar alles hinbekommen hat, nach einem Frauenhausaufenthalt eine eigene Wohnung zu beziehen, das Kind in der Schule anzumelden, für sich eine Halbtagsstelle gefunden hat, alles war geregelt und sie musste ausreisen. Solche Geschichten sind natürlich wenig ermutigend.“<sup>9</sup>*

*„Wir haben jetzt gerade im letzten Jahr mehrere Fälle gehabt, wo Männer sehr gezielt ihren Frauen bei Problemen als Wiedergutmachung und während der Konfliktsituation zur Entspannung angeboten haben, doch mal nach Hause zu reisen, zur Familie. Die haben das natürlich angenommen, waren etwas länger zu Hause und damit war der Ehestatus hier in Deutschland - Pflichtgemeinschaft mindestens zwei Jahre - hinfällig. Und somit waren die auch nach vielen Jahren Ehe wieder abschiebbar.“<sup>10</sup>*

Aus den Round-Table-Gesprächen gab es auch Hinweise dafür, dass Frauen mit islamischem Hintergrund es wegen des sehr hohen Stellenwerts des Familienzusammenhalts z.T. sehr lange in gewalttätigen Beziehungen aushalten und es sehr viel schwerer haben, sich zu lösen als Frauen ohne diesen religiösen/kulturellen Hintergrund.

*„Die ertragen Schläge, die ertragen alles Mögliche. In einem Ausmaß, das wir erst einmal gar nicht so nachvollziehen können. Ich denke, da ist frühkindlich schon eine Grundlage gelegt, dass man das eben aushalten muss und aushalten kann und das Wichtigste für eine Frau ist, dass die Familie zusammengehalten wird. Familie als Begriff, der ist so heilig, dass man dafür alles tut und sich aufopfert bis es nicht mehr geht.“<sup>11</sup>*

*„Ich habe zwei türkische Frauengruppen. Geschlagen zu werden ist immer wieder ein Thema. Ich erlebe sehr viel an Belastung und auch an Aufklärungsbedarf, an Unterstützungsbedarf, sich auch schrittweise dagegen zur Wehr zu setzen. Zu mir kommen Frauen, die sagen, ich war ja bei der Sowieso-Neurologin und die hat gesagt, du sollst dich jetzt mal trennen, du sollst dich scheiden lassen. Eigentlich ist es ja richtig, aber man kann das nicht am Anfang sagen. Und wenn die Familie so heilig ist, dann nützt das gar nichts, so etwas zu sagen. Man kommt damit nicht an und man muss in einer therapeutischen Beziehung mit den Frauen langsame Schritte aufbauen.“<sup>12</sup>*

---

<sup>9</sup> Familientherapeutin, Erziehungsberatungsstelle

<sup>10</sup> Mitarbeiterin einer Organisation für Menschenhandelsopfer

<sup>11</sup> niedergelassene Psychotherapeutin

<sup>12</sup> niedergelassene Psychotherapeutin

Migration von Frauen im allgemeinen und im besonderen Migration, die mit Prostitution zusammenhängt, hat mit den Armutsstrukturen in den Heimatländern der Frauen zu tun und ist somit aus der Not geboren. Frauen, die Opfer von Menschenhandel werden, kommen zur Zeit hauptsächlich aus Osteuropa, Afrika und Südamerika. Angeworben werden die Frauen in den Heimatländern in aller Regel von ihren eigenen Landsleuten.

*„Es sind Landsfrauen und Landsmänner, die anwerben. Die kommen mit Pelzmantel und Superkoffer da an und sagen 'Hier. Ich war zwei Monate in Deutschland. Mach's doch auch, sei nicht blöd!'“<sup>13</sup>*

Die Entscheidung zur Migration wird meist bewusst von den Frauen getroffen und die Arbeit in der Prostitution als Möglichkeit gesehen, aus meist desolaten Armutsstrukturen herauszukommen. Motivation zur Auswanderung ist die Armut zu Hause und die Verantwortung, welche die Frauen für die Familie tragen.

*„Es ist für mich auch sehr glaubhaft oder nachvollziehbar, wenn mir eine Frau sagt, okay wir haben gehungert, wir hatten nichts zu essen, wir leben alle von der Rente vom Vater und es gab nichts und man sieht im Fernsehen, wie die Katzen in Deutschland von goldenen Tellern mit Dillsträußchen das Futter kriegen und wie die Küchen in Deutschland aussehen und wie eine Mutter hier in Deutschland aussieht bei der Pampers-Werbung. Das glauben die auch... Ja, und wenn mir dann jemand sagen würde, hier, du verdienst im Monat 2.000 Euro, dann wird das glaubhaft.“<sup>14</sup>*

*„Es gibt schon Frauen, die auch dazu [Prostitution] bereit gewesen wären, gerade im Ausland, nicht in der Heimat, wo es keiner erfährt oder so, das zu machen, um so ihre Zukunft sicherzustellen. Trotzdem sind es für mich dann Opfer, wenn sie hier so ausgenutzt werden, mit ihnen so umgegangen wird, wo sie unterm Strich kein Geld behalten, wo Gewalt, Drogen im Spiel sind, wo erpresst wird mit Kindern oder dass man die Familie zuhause bedroht.“<sup>15</sup>*

Wenn diese Frauen sich entschlossen haben, aus der Prostitution auszusteigen, sind sie in starkem Maße hilfebedürftig, zum einen weil sie vor Verfolgung durch den oder die Zuhälter geschützt und die nötigen Verfahren geleitet werden müssen und zum anderen auch, um die Frauen dabei zu unterstützen, eine Perspektive für die Zukunft zu entwickeln, d.h. zu klären, ob und wenn ja wohin sie in ihre Heimatländer zurückkehren.

*„Die haben ja auch ganz viel verloren und das fehlt auch und das braucht auch irgendwie seinen Platz. Wenn sie dann langsam merken, wie es hier ist, und dass das nicht so wie in der*

---

<sup>13</sup> Mitarbeiterin einer Organisation für Menschenhandelsopfer

<sup>14</sup> Mitarbeiterin einer Organisation für Menschenhandelsopfer

<sup>15</sup> Mitarbeiterin einer Organisation für Menschenhandelsopfer



*Werbung läuft, welche Gehälter gezahlt werden und was wieviel kostet usw., dann ist auch dieser Verlust viel größer und sie finden das gar nicht mehr so toll. Und es gibt auch immer wieder Frauen, die man sehr motivieren muss wegen des Prozesses hierzubleiben.“<sup>16</sup>*

Die meisten Frauen wollen, nachdem sie den Absprung aus der Prostitution geschafft haben, in ihre Heimat zurückkehren, was jedoch nicht immer einfach ist, wenn diejenigen, die die Frauen angeworben haben, aus deren unmittelbaren sozialen oder familiären Umfeld kommen und eine Rückkehr in die Heimat auch gleichzeitig mit Scham und Versagen besetzt ist.

*„Mir fällt jetzt keine Frau ein, die ganz klar sagt ‚Ich will hierbleiben‘. Das ist das große Problem, bei dem auch eine therapeutische Unterstützung gesucht und gewünscht wird. Das Aushalten von Angst vor den Zuhältern, dass die ihr oder ihrer Familie was antun, dass an die [Zuhälter] selten ranzukommen ist, weil die Polizei nicht so viele Möglichkeiten hat, international zusammenzuarbeiten. Und dieses Hin und Her zwischen Panik und Heimweh, da wird viel Unterstützung benötigt. Das ist mir noch nicht passiert, dass ich eine Frau hatte, die einfach so sagte, ‚Ich will hierbleiben‘. Es gibt immer wieder dieses ‚ich habe zu Hause keine Chance. Ich möchte gerne hierbleiben‘, oder ‚ich möchte hier gerne Geld verdienen, um das nach Hause zu schicken oder um mir was aufzubauen‘.“<sup>17</sup>*

Auch nach dem unmittelbaren Ausstieg aus den Gewaltverhältnissen und der Unterbringung in Schutzräumen bleibt sehr viel wobei sie Unterstützung brauchen, wie z.B. die Klärung der Zukunftsperspektive für die Frauen.

*„Deshalb ist das Thema Angst zentral, auch wenn sie aus der direkten Bedrohungssituation heraus sind, so bleibt sie ja trotzdem bestehen, oder kommt dann erst richtig hoch. Und das ist dann auch immer sehr unterschiedlich, wie die Frauen das lösen oder es aushalten. Einmal gibt es den Prozess und dann nach dem Prozess dieses neue Überdenken, wo will ich hin, was kann ich, was mache ich. Und meiner Meinung nach ist erst in dem Moment, wenn die Frau die Möglichkeit hat hierzubleiben, in diesem Moment ist erst ein freies Überlegen, will ich hierbleiben oder nach Hause, möglich. Bis dahin kämpfen die Frauen oft darum, sie müssen hierbleiben. Und ich habe es schon oft erlebt, wenn dann der Aufenthalt gesichert ist oder eine Perspektive reinkommt, dann kippen sie um und wollen auch wieder nach Hause. Die Freiheit ist, wenn ich wieder wählen kann, und die Notsituation ist dieses Eingeschränktsein.“<sup>18</sup>*

Ein weiterer wichtiger Bereich, in dem Frauen, die Opfer von Menschenhandel geworden sind, Unterstützung benötigen, ist die Abschiebehaftsituation. Diese Frauen haben die Möglichkeit, innerhalb von vier Wochen ihre Angelegenheiten zu klären und die drohende Abschiebung ab-

---

<sup>16</sup> Mitarbeiterin einer Organisation für Menschenhandelsopfer

<sup>17</sup> Mitarbeiterin einer Organisation für Menschenhandelsopfer

<sup>18</sup> Mitarbeiterin einer Organisation für Menschenhandelsopfer

zuwehren und freiwillig auszureisen, wobei sie in den meisten Fällen auf Unterstützung angewiesen sind, was schon damit anfängt, die Frauen darüber zu informieren, dass es überhaupt diese Möglichkeit gibt.

*„Theoretisch ist es so, dass es bei Verdacht auf Menschenhandel diese Vier-Wochen-Regelung, eine Duldung, gibt, um dem nachzugehen und seine Sachen zu regeln und freiwillig auszureisen. Damit bleibt der Frau der Stempel erspart, dass sie auch nicht mehr einreisen darf. Das müssen die Frauen erst einmal wissen, wer sagt es ihnen denn? Das ist ein Ziel dabei. Die Frauen brauchen auch Unterstützung bei der Suche nach einer Unterbringung für diese Zeit. Wir können sie auch dabei unterstützen, diese freiwillige Ausreise zu organisieren.“<sup>19</sup>*

Nach Einschätzung der Expertinnen der Round-Table-Gespräche ist das Angebot für Frauen die aus der Prostitution aussteigen wollen, insgesamt zu gering. Es gibt zu wenig Organisationen, die sich um diese Frauen kümmern, und zu wenig Schutzräume, d.h. Wohnungen, in denen die Frauen zunächst, bevor die (juristische) Regelung ihrer Angelegenheit in Angriff genommen wird, sicher unterkommen können. Die Unterbringung dieser Frauen in Frauenhäusern ist oft nicht möglich, da die Frauenhäuser z.T. die Aufnahme von Prostituierten ablehnen.

*„Unterbringung, auch mit dem nötigen Personal, was dann auch als Ansprechpartner präsent ist, das tut sicherlich not. Und daran krankt meiner Meinung nach auch in NRW viele Frauenhäuser, an der dünnen Personaldecke, die dann eben einfach zu viele Zeiten haben, wo keiner da ist, wo dann kein Gesprächspartner da sein kann... Ich denke, dass gerade bei Gewaltopfern und Migrantinnen auch noch einmal eine andere Konzeption an Frauenhäusern entwickelt werden sollte und könnte. Weil im Grunde genommen mit Gewalterlebnissen die Verweildauer noch einmal länger ist, auch gerade wenn das Problem dazu kommt, dass es noch unklar ist mit dem Aufenthaltsstatus... Das erstmal Raum da ist. Die Frauenhauskonzeptionen, die im Moment da sind, sind nicht schlecht, aber die haben doch eine kürzere Verweildauer als Basis. Das verändert die Arbeit.“<sup>20</sup>*

Wenn in den Frauenhäusern oder bei sonstigen Hilfsangeboten nicht auf die Besonderheiten der Migrantinnen eingegangen werden kann, besteht die Gefahr, dass der Loslösungsprozess fehlschlägt.

*„Ich erlebe auch, dass, weil nicht auf die Besonderheiten der Migrantinnen eingegangen wird, dies manchmal ausschlaggebend ist, dass die Frauen wieder zu den Ehemännern zurückkehren... Dann das Thema Kinder. Die Anzahl der Kinder. Da dürfen keine Jungen über sieben Jahre mitgebracht werden. Und dann?“<sup>21</sup>*

---

<sup>19</sup> Mitarbeiterin einer Organisation für Menschenhandelsopfer

<sup>20</sup> Mitarbeiterin einer Organisation für Menschenhandelsopfer

<sup>21</sup> Mitarbeiterin einer Organisation für Menschenhandelsopfer

Wie bereits in Kapitel 4.4 angesprochen, sind Frauen, die vor und/oder während der Migration extreme Gewalterfahrungen wie Folter, Vergewaltigung, Entführung, Verfolgung oder anderen traumatisierenden Ereignissen ausgesetzt waren, in besonderem Maße medizinisch, psychologisch und psychosozial hilfsbedürftig. Die möglichen psychischen Folgen einer Extremtraumatisierung sind Posttraumatische Belastungsstörungen (PTSD), Angststörungen, Depressionen, dissoziative Störungen, Sucht und Anpassungsstörungen. Auf Einzelheiten der Behandlung und Versorgung kann im Rahmen dieser Expertise nicht eingegangen werden. Es sollen an dieser Stelle jedoch auf einige Aspekte, die die Versorgung dieser schwerstbelasteten Frauen verbessern können, eingegangen werden, die sich aus der Projektarbeit des Psychosozialen Zentrums für Flüchtlinge in Düsseldorf ergeben haben. In Nordrhein-Westfalen gibt es eine Reihe von Einrichtungen, die sich auf die Behandlung von Folteropfern spezialisiert haben (z.B. Caritas-Zentrum für Folteropfer in Köln), jedoch ist es notwendig, um eine adäquate Behandlung sicherzustellen, neben der muttersprachlichen Beratung von Flüchtlingen auch Mitarbeiterinnen des deutschen Gesundheitswesens (und hier vor allem Ärztinnen und PsychologInnen) zu beraten und fortzubilden, um die Behandlung zu optimieren.

Joksimovic (2002) formuliert hierzu folgende Empfehlungen für ÄrztInnen als notwendig für eine bedürfnisorientierte medizinische Versorgung von Menschen mit posttraumatischen Belastungsstörungen (Joksimovic 2002, S. 263 ff.):

- „Bei der Anamneseerhebung ist es empfehlenswert, zu den gewöhnlichen medizinischen Anamnesedaten zusätzlich folgendes abzufragen: Gründe und Umstände der Flucht, Schicksal der Angehörigen, aktuelle belastende Erfahrungen im Aufnahmeland, ausländerrechtlicher Status.
- Falls es Hinweise auf Folterung gibt, ist es bei allen Untersuchungen und Behandlungen sehr wichtig, Handlungen zu vermeiden, die an die Folter erinnern können (z.B. kann ein EKG bei Patienten, die einen Elektroschock erleben mussten, Erinnerungen an die Folter hervorrufen, helles Licht in den Augen an Lichtfolter, kleine dunkle Untersuchungsräume können Erinnerungen an die Einzelzelle auslösen).
- Gynäkologische Untersuchungen von Frauen, die (mehrfach) vergewaltigt wurden, bleiben für sie oft lange Zeit extrem belastend.
- Zahnmedizinische Untersuchungen von Menschen, die Zahnfolter erlitten haben, sind nur dann durchzuführen, wenn ein Arbeitsbündnis zwischen Zahnarzt und Patient auf der Basis gegenseitigen Vertrauens und Offenheit geschaffen worden ist, sonst kann es zu schwerer Retraumatisierung kommen. Hier muss große Sorgfalt und eine empathische Haltung gegenüber dem Patient gezeigt werden.
- Viele Menschen, die geschlagen worden sind, waren vorher aufgefordert worden, sich zu entkleiden. Daher ist es besonders wichtig, bei den Untersuchungen, die es erfordern, be-

stimmte Körperteile freizumachen, den Zweck und Umfang der Untersuchung zu erklären. Wenn es möglich ist, sollte man die Art der Untersuchung an sich selbst demonstrieren. Damit zeigt man Verständnis dafür, dass die vorhandene Angst eine ganz normale menschliche Reaktion darstellt.

- Die körperlichen und psychischen Symptome müssen gleichzeitig behandelt werden.
- Ambulante Behandlung ist, wenn medizinisch vertretbar, vorzuziehen.
- Für die sachgerechte medizinische Versorgung ist in den meisten Fällen eine optimale sprachliche Verständigung unerlässlich. Familienangehörige sind als Übersetzer nicht geeignet, da sie gewöhnlich in eine belastende intrafamiliäre Beziehungsdynamik verwickelt sind. Die ökonomischen und organisatorischen Schwierigkeiten, die mit dem Engagement eines Dolmetscherdienstes (für die Übersetzung in Einrichtungen der medizinischen Versorgung geschulte Dolmetscher/Innen) zusammenhängen, dürfen das Recht auf geeignete Aufklärung und Behandlung des Patienten nicht gefährden.
- Ein sicherer Aufenthalt ist für traumatisierte Flüchtlinge die notwendige Basis für eine Therapie und für die Verbesserung ihrer psychischen Verfassung. Ärzte sollten bereit sein, ihr Fachwissen auch für die Stellungnahmen zur Vorlage bei Asyl- und Ausländerbehörden einzusetzen.
- Es ist empfehlenswert, die Möglichkeit zur Reflexion eigener evtl. vorhandener Vorurteile den Fremden gegenüber zu haben. Hierfür können gesundheitsbezogene Kooperation und Kontakte zu den betreuenden Einrichtungen der psychosozialen Versorgung sowie Gespräche mit den Dolmetschern und muttersprachlichen Fachkräften sehr nützlich sein. Durch diese Kontakte kann man gesundheitsrelevante Hintergründe der Patienten erfahren und besser verstehen.
- Soweit möglich, sollte man sich über die Konzepte des Krankheits- und Gesundheitsverständnisses in verschiedenen Kulturen informieren, um sie bei der Behandlung dieser Menschen zu berücksichtigen“.

## **5. Medizinische und psychosoziale Versorgung bei psychischen Erkrankungen**

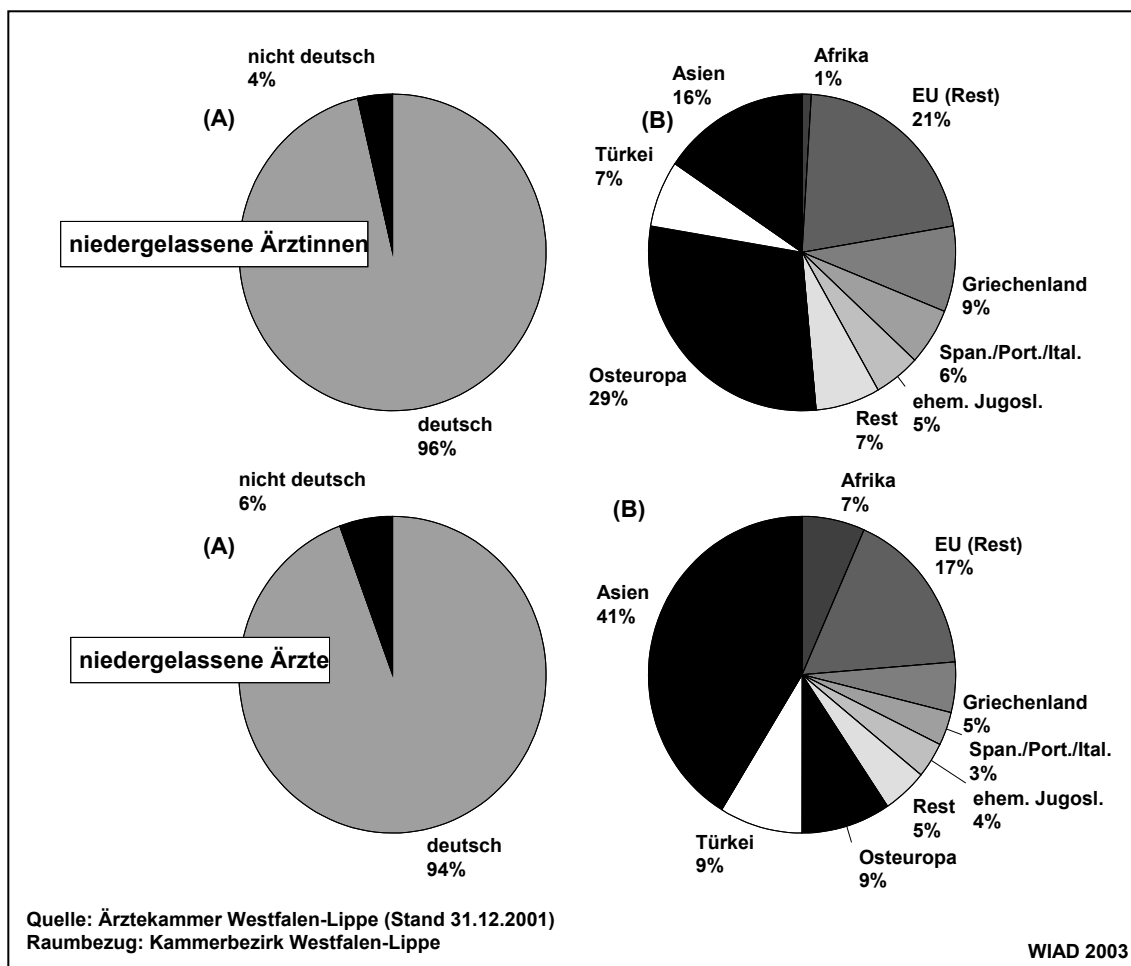
### **5.1 Amtliche und verbandliche Statistiken zur Beteiligung von Migrantinnen und Migranten an Berufen der medizinischen, paramedizinischen, psychologischen und sozialpflegerischen Betreuung**

#### **5.1.1 *Medizinische und psychologische Betreuung***

Ein wichtiger Aspekt, der mit der Analyse amtlicher und verbandlicher Daten abgedeckt werden kann, liegt in der Darstellung der medizinischen und psychosozialen Versorgungssituation, wie sie sich in den beruflichen Statistiken widerspiegelt. Angesichts der Tatsache, dass das deutschstämmige medizinische, paramedizinische und sozialpflegerische Personal zum einen zumeist nicht hinreichend in Hinblick auf eine interkulturelle Berufspraxis ausgebildet ist und darüber hinaus auch bei gegebener interkultureller Kompetenz nicht in vergleichbarer Weise verstehend mit den spezifischen Versorgungsbedarfen der jeweiligen Migrantinnengruppen umgehen kann, ist es auch von Interesse, darzustellen, inwieweit die wichtigsten Migrantinnengruppen in den verschiedenen Bereichen der medizinischen, psychischen und psychosozialen Versorgung vertreten sind. Zwar sagen eine solche Verteilung und damit verbundene Versorgungskennziffern an sich noch nichts über die gegebene Versorgungsqualität im jeweiligen Bereich aus, aber es stellt sich auf diese Weise das Angebot einer sprachlich und kulturell potentiell am besten angepassten Versorgung dar, auf welches Migrantinnen und Migranten im Versorgungsfall zugreifen können.

Übersicht 5.1 gibt beispielhaft die Verteilung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte im Kammerbezirk Westfalen-Lippe wieder. Die Betrachtung nicht nur der in der psychiatrischen und psychologisch Versorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte, sondern auch der anderen Fachbereiche empfiehlt sich allein deshalb, weil die höheren Fallzahlen eine stabilere Verteilung in der Versorgungssituation widerspiegeln, zum anderen jedoch auch, weil Migrantinnen und Migranten mit psychischen Erkrankungen aufgrund einer häufig somatischen Symptomlage zunächst andere Ärztinnen und Ärzte wie AllgemeinmedizinerInnen oder InternistInnen aufsuchen.

**Übersicht 5.1: Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte im Kammerbezirk Westfalen-Lippe nach nicht deutscher bzw. deutscher Staatsangehörigkeit (A) und nach Nationalität der nicht deutschen ÄrztInnen (B)**

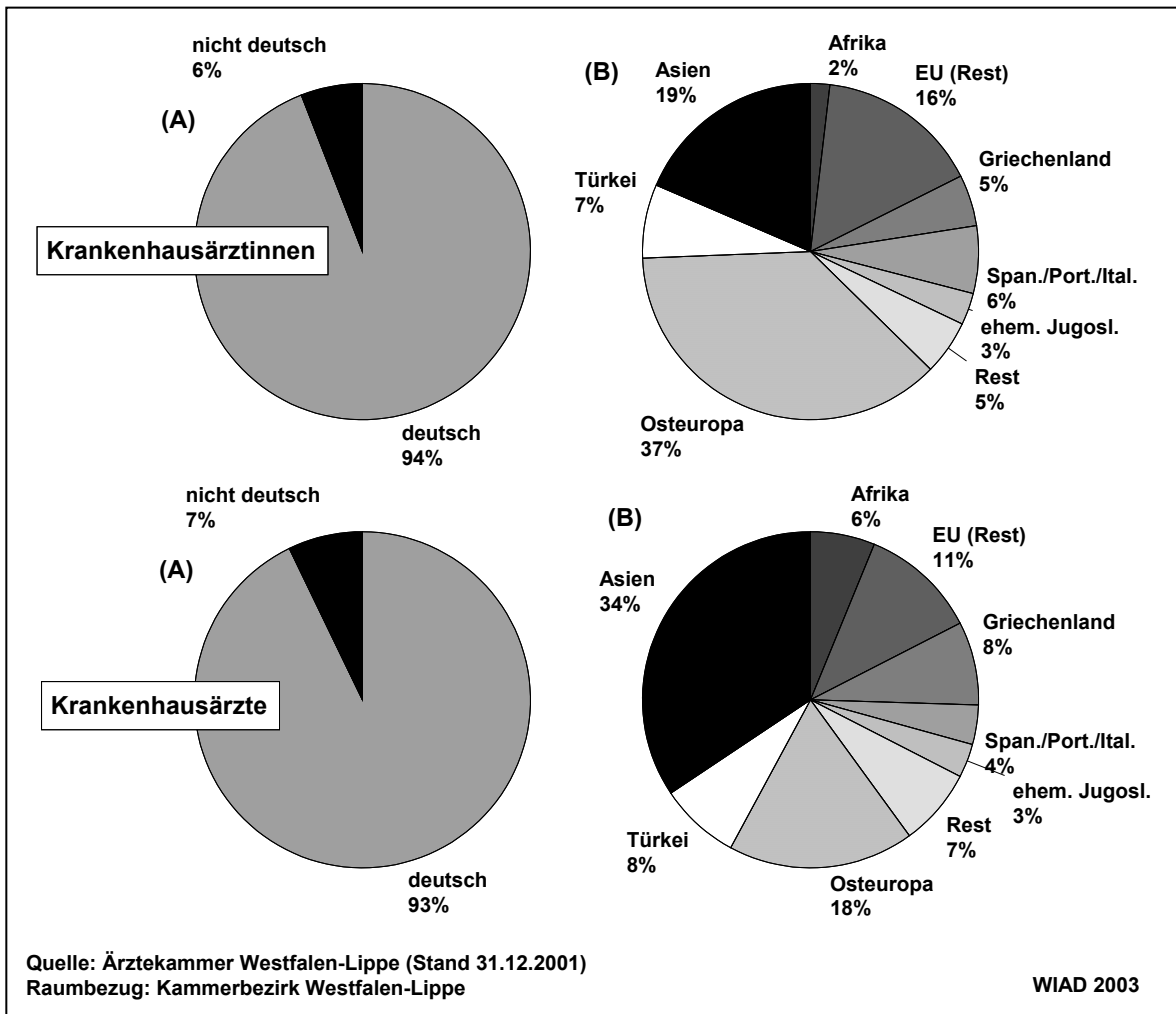


Es zeigt sich, dass von den 2.721 niedergelassenen Ärztinnen nur etwa 4% (n=103) von nicht deutscher Nationalität sind, während dies auf 6% (n=468) der 7.913 niedergelassenen männlichen Ärzte zutrifft. Die ohnehin gegebene Schiefe zwischen männlichen und weiblichen Ärztinnen, die in vielen Gebieten der medizinischen Versorgung aus medizinischer Sicht nicht zwangsläufig ein Problem darstellt, verstärkt sich also bei den ohnehin unterrepräsentierten nicht deutschen Ärztinnen weiter. Eine weitere Auffälligkeit besteht darin, dass die Migrantengruppen in ihrer Verteilung in der Bevölkerung nicht in der entsprechenden Verteilung auf die Nationalitäten der nicht deutschen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte widerspiegelt sind. Während z.B. ÄrztInnen mit asiatischer Abstammung, v.a. aufgrund der hohen Zahl iranischer ÄrztInnen, stark überrepräsentiert sind, gibt es nur sehr wenige niedergelassene ÄrztInnen, die aus einem der ehemaligen Anwerbeländer stammen, wobei die Ärztinnen und Ärzte aus Griechenland, gemessen an ihrem Bevölkerungsanteil, etwas stärker repräsentiert sind. Bei

den Migrantinnen fällt hingegen die verhältnismäßig große Gruppe von Ärztinnen aus Osteuropa ins Auge, wohingegen Ärztinnen aus dem Iran (bzw. aus Asien insgesamt) im Vergleich zu den Männern seltener vertreten sind. Grundsätzlich ist zu beachten, dass geringfügige Prozentdifferenzen zwischen Frauen und Männern aufgrund der insgesamt geringen Zahl ausländischer Ärztinnen und Ärzte schon auf Basis weniger Fälle zustande kommen. In Bezug auf eine einigermaßen engmaschige Versorgung der nicht deutschen Bevölkerung mit nicht deutschen Ärzten haben kleinere Schwankungen daher kaum Aussagekraft.

Ähnlich fällt das Bild für die KrankenhausärztInnen aus, für die entsprechende Verteilungen ebenfalls beispielhaft bezogen auf Westfalen-Lippe in Übersicht 5.2 wiedergegeben sind.

**Übersicht 5.2: Krankenhausärztinnen und -ärzte im Kammerbezirk Westfalen-Lippe nach nicht deutscher bzw. deutscher Staatsangehörigkeit (A) und nach Nationalität der nicht deutschen ÄrztInnen (B)**

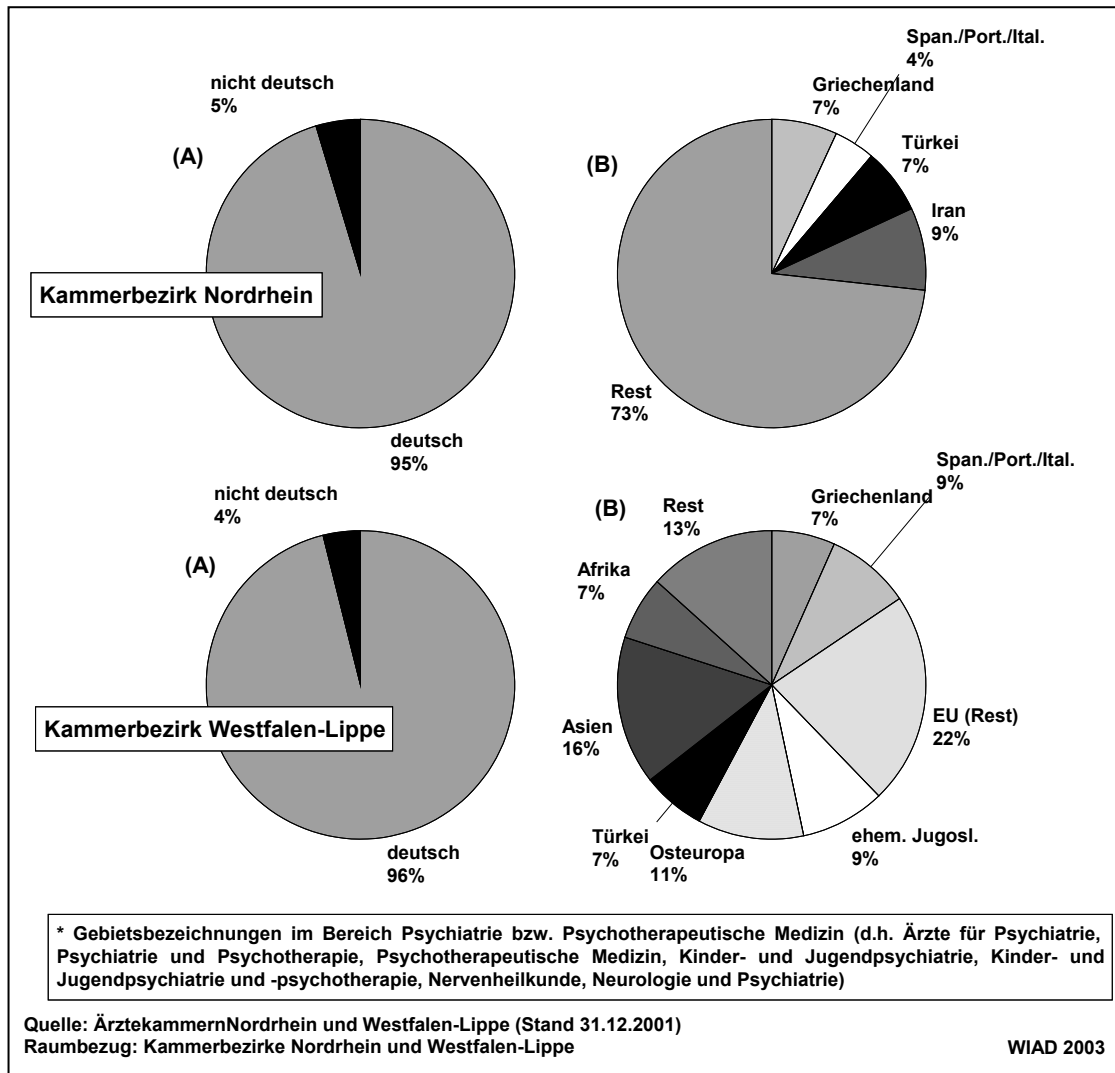


Der Anteil der nicht deutschen ÄrztInnen fällt hier geringfügig höher aus als bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, allerdings liegt auch hier der Anteil bei den Frauen mit 6% (n=323) wieder etwas niedriger als der entsprechende Anteil bei den Männern mit 7% (n=710). Insgesamt arbeiten also mehr nicht deutsche Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus als in niedergelassener Tätigkeit. Dieser Überhang zugunsten der Krankenhaustätigkeit fällt bei den MigrantInnen stärker aus als bei ihren deutschen KollegInnen. Während in Westfalen-Lippe immerhin 46,7% der männlichen Ärzte deutscher Nationalität niedergelassen tätig sind, beträgt dieser Anteil bei den deutschen Ärztinnen nur 35,5%, bei den männlichen Ärzten nicht deutscher Nationalität 39,7% und bei den Ärztinnen nicht deutscher Staatsangehörigkeit sogar nur 24,2%. Die meisten nicht deutschen Ärztinnen (mehr als 75%) sind damit in einem Sektor der Gesundheitsversorgung tätig, der den Patientinnen nur mittels Überweisung, also nicht direkt als Anlaufpunkt zugänglich ist. Verstärkt wird dies dadurch, dass die Frauenquote bei den niedergelassenen (im Krankenhaus tätigen) nicht deutschen ÄrztInnen nur bei 18% (31%) liegt, während sie bei den deutschen KollegInnen bei 26% (36%) liegt. Das Bild im Kammerbezirk Nordrhein gestaltet sich nahezu identisch. Der AusländerInnenanteil liegt bei 6,5%, und von den niedergelassenen (im Krankenhaus tätigen) nicht deutschen Ärztinnen und Ärzten sind nur 7,1% (5,8%) TürkinInnen, 4% (7,7%) GriechInnen und zusammen nur 4% (4,3%) ItalienerInnen, PortugiesInnen oder SpanierInnen.

In Übersicht 5.3 erfolgt eine vergleichbare Darstellung der Verteilung von ÄrztInnen in der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung. Auf eine Differenzierung nach Geschlecht wurde aufgrund der insgesamt niedrigen Fallzahl bei den nicht deutschen Ärztinnen und Ärzten verzichtet. Ebenso auf eine Unterteilung zwischen niedergelassenen und Krankenhausärzten.



**Übersicht 5.3: Ärztinnen und Ärzte mit psychiatrischer oder psychotherapeutischer Gebietsbezeichnung\* in den Kammerbezirken Nordrhein und Westfalen-Lippe nach nicht deutscher bzw. deutscher Staatsangehörigkeit (A) und nach Nationalität der nicht deutschen ÄrztInnen (B)**



Der Anteil nicht deutscher Ärztinnen und Ärzte fällt hier mit 5% bzw. mit 4% noch geringer aus als in der oben dargelegten ärztlichen Versorgung generell. Da die Daten der Ärztekammern unterschiedlich differenziert zur Verfügung gestellt wurden, unterscheiden sich auch die Kategorien, nach denen die Staatsangehörigkeit dargestellt ist. Aus Griechenland, Spanien, Portugal, Italien und der Türkei kommen in Nordrhein 18% der nicht deutschen Ärztinnen und Ärzte in der psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Versorgung, in Westfalen Lippe sind dies 23%. Die Frauenquote liegt bei den nicht deutschen ÄrztInnen bezogen auf ganz Nordrhein-

Westfalen bei 44%, bei den deutschen ÄrztInnen bei 42%, die Niederlassungsquote liegt bei 55% bei den nicht deutschen und bei 52% bei den deutschen Ärztinnen und Ärzten.

Berechnet man wie in Übersicht 5.4 für den Kammerbezirk Westfalen Lippe nationalitätenspezifische Ärztin-/Arztkennziffern, so offenbaren sich die bislang angedeuteten Verhältnisse am prägnantesten. Es zeigt sich, dass in der deutschen Bevölkerung 1,31 niedergelassene deutschstämmige ÄrztInnen auf 1.000 deutsche PatientInnen kommen. Verglichen damit kommen auf 1.000 iranische PatientInnen 11,42 iranische ÄrztInnen, während bei den TürklInnen für 1.000 PatientInnen nur 0,17 ÄrztInnen zur Verfügung stehen. Die entsprechenden Ziffern für die weiteren Anwerberländer fallen ähnlich aus. Insgesamt fällt die Versorgungssituation bei GriechInnen und SpanierInnen etwas besser aus, unter TürklInnen und PortugiesInnen gibt es im Verhältnis zu ihrer entsprechenden Häufigkeit in der Gesamtbevölkerung die wenigsten ÄrztInnen. Das entsprechende Verhältnis von Migrantinnen zu Ärztinnen, also ausschließlich bezogen auf Frauen, fällt mit beispielsweise 0,05 bei den Türkinnen noch wesentlich schlechter aus. Zwar suggeriert die Berechnung solcher Kennziffern, dass nur eine Ärztin oder ein Arzt aus demselben Kulturkreis eine angemessene Behandlung für eine Patientin oder einen Patienten bietet, was offenkundig in vielen Bereichen bzw. Fachgebieten falsch ist. Andererseits spiegeln diese Kennziffern jedoch das Angebot wider, das sich beispielsweise einer Patientin bietet, wenn sie eine Ärztin aus ihrem Kulturkreis aufsuchen möchte, und geben somit durchaus konkret reale Missverhältnisse wieder, mit denen sich die Betroffenen im Krankheitsfall ggf. konfrontiert sehen.

**Übersicht 5.4: Nationalitätenspezifische Versorgungskennziffern zur ärztlichen Versorgung im Kammerbezirk Westfalen-Lippe  
(ÄrztInnen pro 1.000 EinwohnerInnen & EinwohnerInnen pro Ärztin/Arzt)**

|   | Griechenland | Italien | Portugal     | Spanien      | Türkei       | Iran         | Deutschland |
|---|--------------|---------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|
| <b>KKHS &amp; NG (Frauen &amp; Männer)</b>      | 106          | 34      | 7            | 29           | 126          | 191          | 23.369      |
| ÄrztInnen pro 1.000 EinwohnerInnen              | 2,50         | 0,69    | 0,36         | 2,07         | 0,45         | 26,27        | 3,04        |
| EinwohnerInnen pro Ärztin/Arzt                  | 400          | 1.451   | 2.750        | 483          | 2.222        | 38           | 329         |
| <b>NG (Frauen &amp; Männer)</b>                 | 33           | 13      | 1            | 8            | 48           | 83           | 10.063      |
| ÄrztInnen pro 1.000 EinwohnerInnen              | 0,78         | 0,26    | 0,05         | 0,57         | 0,17         | 11,42        | 1,31        |
| EinwohnerInnen pro Ärztin/Arzt                  | 1.286        | 3.795   | 19.248       | 1.751        | 5.833        | 88           | 764         |
| <b>NG (Frauen)</b>                              | 18           | 3       |              | 5            | 15           | 20           | 4.214       |
| Ärztin pro 1.000 Einwohnerinnen                 | 0,59         | 0,07    |              | 0,39         | 0,09         | 2,30         | 0,97        |
| Einwohnerinnen pro Ärztin                       | 1.686        | 13.360  | kein Angebot | 2.592        | 11.407       | 436          | 1.033       |
| <b>KKHS &amp; NG (Frauen &amp; Männer) psy.</b> | 3            | 4       |              |              | 3            | 2            | 1.108       |
| ÄrztInnen pro 1.000 EinwohnerInnen              | 0,07         | 0,08    |              |              | 0,01         | 0,28         | 0,14        |
| EinwohnerInnen pro Ärztin/Arzt                  | 14.148       | 12.334  | Kein Angebot | Kein Angebot | 93.331       | 3.636        | 6.937       |
| <b>NG psy. (Frauen &amp; Männer)</b>            |              | 1       |              |              | 2            | 1            | 472         |
| ÄrztInnen pro 1.000 EinwohnerInnen              |              | 0,02    |              |              | 0,01         | 0,14         | 0,06        |
| EinwohnerInnen pro Ärztin/Arzt                  | Kein Angebot | 49.334  | Kein Angebot | Kein Angebot | 139.996      | 7.271        | 16.283      |
| <b>NG psy. (Frauen)</b>                         |              | 1       |              |              |              |              | 209         |
| Ärztin pro 1.000 Einwohnerinnen                 |              | 0,05    |              |              |              |              | 0,05        |
| Einwohnerinnen pro Ärztin                       | Kein Angebot | 19.659  | Kein Angebot | Kein Angebot | Kein Angebot | Kein Angebot | 19.003      |

**Erläuterungen:**

Alle Ärztin-/Arztkennziffern (ÄrztInnen pro 1.000 EinwohnerInnen/Einwohnern pro Ärztin/Arzt) wurden nationalitätsspezifisch und ggf. geschlechtsspezifisch errechnet.

KKHS: im Krankenhaus tätig      NG: in niedergelassener Tätigkeit

psy.: ÄrztInnen mit psychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Gebietsbezeichnung (d.h. ÄrztInnen für Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Nervenheilkunde)

Quelle: Ärztekammer Westfalen-Lippe, eigene Berechnungen (Stand: 31.12.2001)

**Raumbezug: Kammerbezirk Westfalen-Lippe**

**WIAD 2003**

Dies wird um so deutlicher, wenn man niedergelassene Ärztinnen und Ärzte betrachtet, die in der Versorgung der psychischen Gesundheit tätig sind, also in einem Bereich, in dem kultur- und geschlechtssensibles Verständnis und verbal vermittelte Diagnosestellungen und Therapieformen von fundamentaler Bedeutung sind. Hier geht das Angebot für Patientinnen aus den Anwerbeländern im Kammerbezirk Westfalen-Lippe nahezu gegen null. Von den etwa 20 nicht deutschen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, die im weiteren Sinne mit der Behandlung psychischer Erkrankungen befasst sind, stammen zwei aus der Türkei und zwei aus dem ehemaligen Jugoslawien. Eine türkische Patientin, die eine türkische niedergelassene Ärztin mit einer entsprechenden Gebietsbezeichnung aufsuchen möchte, wird in Westfalen-Lippe nicht fündig. Das Bild für die anderen Anwerbeländer sieht im Ergebnis ähnlich aus. Von einer psychotherapeutischen oder psychiatrischen Versorgung der wichtigsten MigrantInnengruppen durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte der eigenen Herkunft kann auf Basis der vorgestellten Zahlen also in keiner Weise gesprochen werden.

Wie Übersicht 5.5 zeigt, unterscheidet sich das Bild im Kammerbezirk Nordrhein in keiner Weise von der Situation in Westfalen-Lippe. Die geringfügigen Unterschiede zwischen den Kammerbezirken spiegeln eher zufällige Abweichungen als grundlegend bessere oder schlechtere Versorgungssituationen wider. Auch im Kammerbezirk Nordrhein kann angesichts der im Bereich der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung niedergelassen tätigen nicht deutschen Ärztinnen und Ärzte angesichts der Größe des zu bedienenden Gebietes nicht von einer hinreichenden Versorgung durch Fachkräfte aus dem eigenen Sprach- und Kulturkreis gesprochen werden.

**Übersicht 5.5: Nationalitätenspezifische Versorgungskennziffern zur ärztlichen Versorgung im Kammerbezirk Nordrhein (ÄrztInnen pro 1.000 EinwohnerInnen & EinwohnerInnen pro Ärztin/Arzt)**

|   | Griechenland | Italien | Portugal     | Spanien | Türkei  | Iran  | Deutschland |
|---|--------------|---------|--------------|---------|---------|-------|-------------|
| <b>KKHS &amp; NG (Frauen &amp; Männer)</b>      | 132          | 48      | 6            | 36      | 137     | 234   | 30.216      |
| ÄrztInnen pro 1.000 EinwohnerInnen              | 1,97         | 0,49    | 0,29         | 1,36    | 0,37    | 11,49 | 3,61        |
| EinwohnerInnen pro Ärztin/Arzt                  | 507          | 2.031   | 3.444        | 736     | 2.711   | 87    | 277         |
| <b>NG (Frauen &amp; Männer)</b>                 | 36           | 23      | 2            | 11      | 64      | 112   | 13.328      |
| ÄrztInnen pro 1.000 EinwohnerInnen              | 0,54         | 0,24    | 0,10         | 0,42    | 0,17    | 5,50  | 1,59        |
| EinwohnerInnen pro Ärztin/Arzt                  | 1.857        | 4.238   | 10.331       | 2.408   | 5.803   | 182   | 629         |
| <b>NG (Frauen)</b>                              | 18           | 3       |              | 5       | 15      | 20    | 4.214       |
| Ärztin pro 1.000 Einwohnerinnen                 | 0,59         | 0,07    |              | 0,39    | 0,09    | 2,30  | 0,97        |
| Einwohnerinnen pro Ärztin                       | 1.686        | 13.360  | kein Angebot | 2.592   | 11.407  | 436   | 1.033       |
| <b>KKHS &amp; NG (Frauen &amp; Männer) psy.</b> | 8            | 2       |              | 3       | 8       | 10    | 2.375       |
| ÄrztInnen pro 1.000 EinwohnerInnen              | 0,12         | 0,02    |              | 0,11    | 0,02    | 0,49  | 0,28        |
| EinwohnerInnen pro Ärztin/Arzt                  | 8.359        | 48.736  | kein Angebot | 8.830   | 46.427  | 2.037 | 3.528       |
| <b>NG psy. (Frauen &amp; Männer)</b>            | 3            | 1       |              | 3       | 5       | 8     | 1.339       |
| ÄrztInnen pro 1.000 EinwohnerInnen              | 0,04         | 0,01    |              | 0,11    | 0,01    | 0,39  | 0,16        |
| EinwohnerInnen pro Ärztin/Arzt                  | 22.290       | 97.472  | kein Angebot | 8.830   | 74.284  | 2.546 | 6.257       |
| <b>NG psy. (Frauen)</b>                         | 2            | 1       |              | 3       | 1       | 1     | 600         |
| Ärztin pro 1.000 Einwohnerinnen                 | 0,07         | 0,02    |              | 0,23    | 0,01    | 0,11  | 0,14        |
| Einwohnerinnen pro Ärztin                       | 15.171       | 40.079  | kein Angebot | 4.320   | 171.102 | 8.712 | 7.258       |

**Erläuterungen:**

**Erläuterungen:**

Alle Ärztin-/Arztkenziffern (ÄrztInnen pro 1.000 EinwohnerInnen/Einwohnern pro Ärztin/Arzt) wurden nationalitätsspezifisch und ggf. geschlechtsspezifisch errechnet.

KKHS: im Krankenhaus tätig      NG: in niedergelassener Tätigkeit

psy.: ÄrztInnen mit psychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Gebietsbezeichnung (d.h. ÄrztInnen für Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Nervenheilkunde)

Quelle: Ärztekammer Nordrhein, eigene Berechnungen (Stand: 31.12.2001)

Raumbezug: Kammerbezirk Nordrhein

WIAD 2003

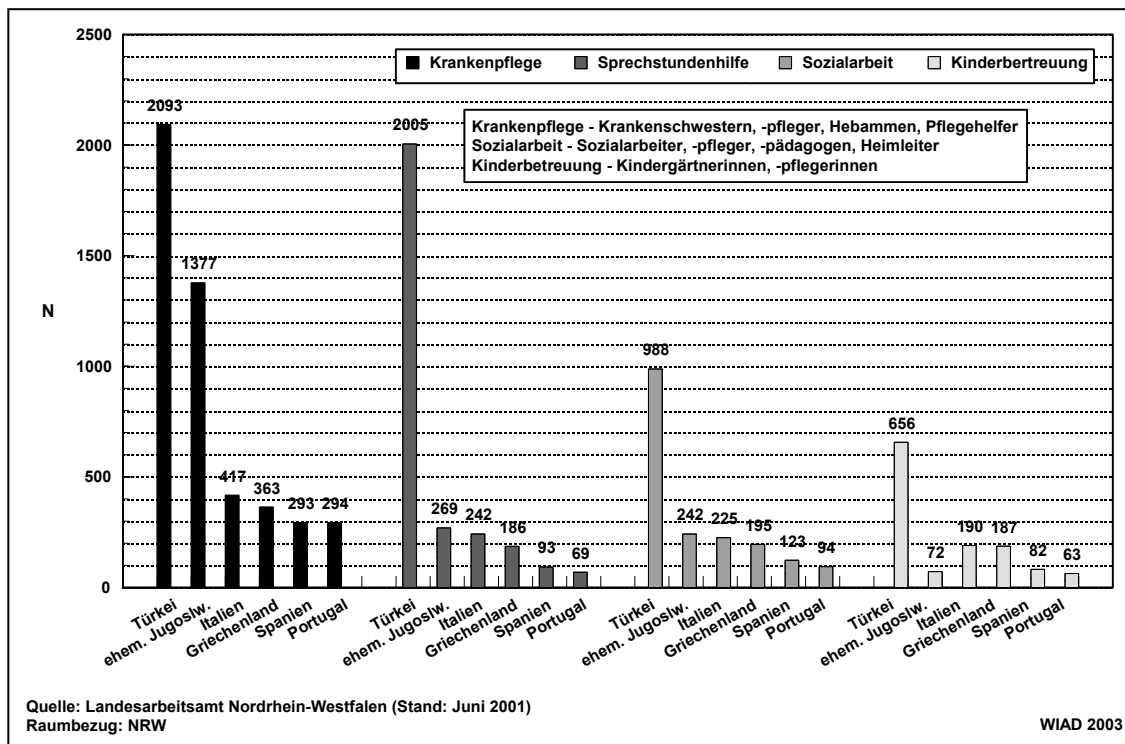
Diese Situation stellt sich nicht grundlegend anders dar, wenn man die psychologischen PsychotherapeutInnen mit einbezieht. Dabei kann im Moment nur auf Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zurückgegriffen werden, die zu den PsychologInnen mit kassenärztlicher Zulassung Informationen über deren Sprachkenntnisse bereithalten. Daten der im Aufbau befindlichen Psychotherapeutenkammer zur Staatsangehörigkeit ihrer Mitglieder stehen nicht zur Verfügung. Bei den Informationen der KVen ist zudem zu bedenken, dass Sprachkenntnisse als solche und nicht Herkunft bzw. Muttersprachlichkeit erfasst werden. Damit werden zum einen auch Ärztinnen und Ärzte mit unzureichenden kulturellen und sprachlichen Kompetenzen erfasst, zum anderen kommen Mehrfachnennungen vor, wenn eine Ärztin oder ein Arzt mehrere Sprachen angeben. Entsprechend ist Spanisch unter den Sprachen der Anwerbeländer mit 39 Frauen und 31 Männern unter den PsychologInnen in NRW am häufigsten vertreten. Es folgen italienisch (22 Frauen und 7 Männer), türkisch (8/5), griechisch (5/6) und portugiesisch (6/1).

Rein quantitativ ist damit also eine geringfügige Verbesserung zu verzeichnen, ob damit jedoch im Gegensatz zu den oben präsentierten reinen Ärztinnen- bzw. Arztzahlen eine vergleichsweise bessere Versorgungssituation gegeben ist, bleibt aufgrund der bezeichneten Einschränkungen der KV-Informationen offen. In einer Abhandlung und Zusammenstellung türkischsprachiger Therapieangebote im deutschsprachigen Raum wurde auf Basis einer Umfrage des Arbeitskreises türkischsprachiger PsychotherapeutInnen ersichtlich, dass der überwiegende Teil der in der psychotherapeutischen Versorgung tätigen Personen nicht als Ärztin bzw. als Arzt (20,2%), sondern als Psychologin bzw. Psychologe (52,9%) praktiziert. Zum anderen fanden sich für Nordrhein-Westfalen nur 13 Schwerpunktpraxen, die sich der Versorgung türkischer PatientInnen widmeten (Toker, 1997).

### **5.1.2 Paramedizinische und sozialpflegerische Berufe**

Ähnlich gestaltet sich das Bild bei den abschließend zu betrachtenden nicht ärztlichen Gesundheits- und Sozialberufen, die an der psychosozialen Versorgung der Bevölkerung beteiligt sind. Dabei ist im Folgenden zu bedenken, dass eine Unterversorgung bezüglich frauenspezifischer Bedarfe durch fehlendes weibliches Personal hier gegenüber der Staatsangehörigkeit sekundär ist, da es sich bei den betrachteten Berufen überwiegend um so genannte 'Frauenberufe' handelt. Mit 82% in der Krankenpflege, 99% bei den Sprechstundenhilfen, 75% in der Sozialarbeit und 96% in der Kinderbetreuung sind Frauen gegenüber Männern sehr stark überrepräsentiert. Auf Auswertungen nach Geschlecht wurde daher im Folgenden verzichtet. Übersicht 5.6 gibt die absoluten Zahlen für die wichtigsten nicht deutschen Staatsangehörigkeiten in den Berufsfeldern Krankenpflege, Sozialarbeit, Sprechstundenhilfe und Kinderbetreuung wieder.

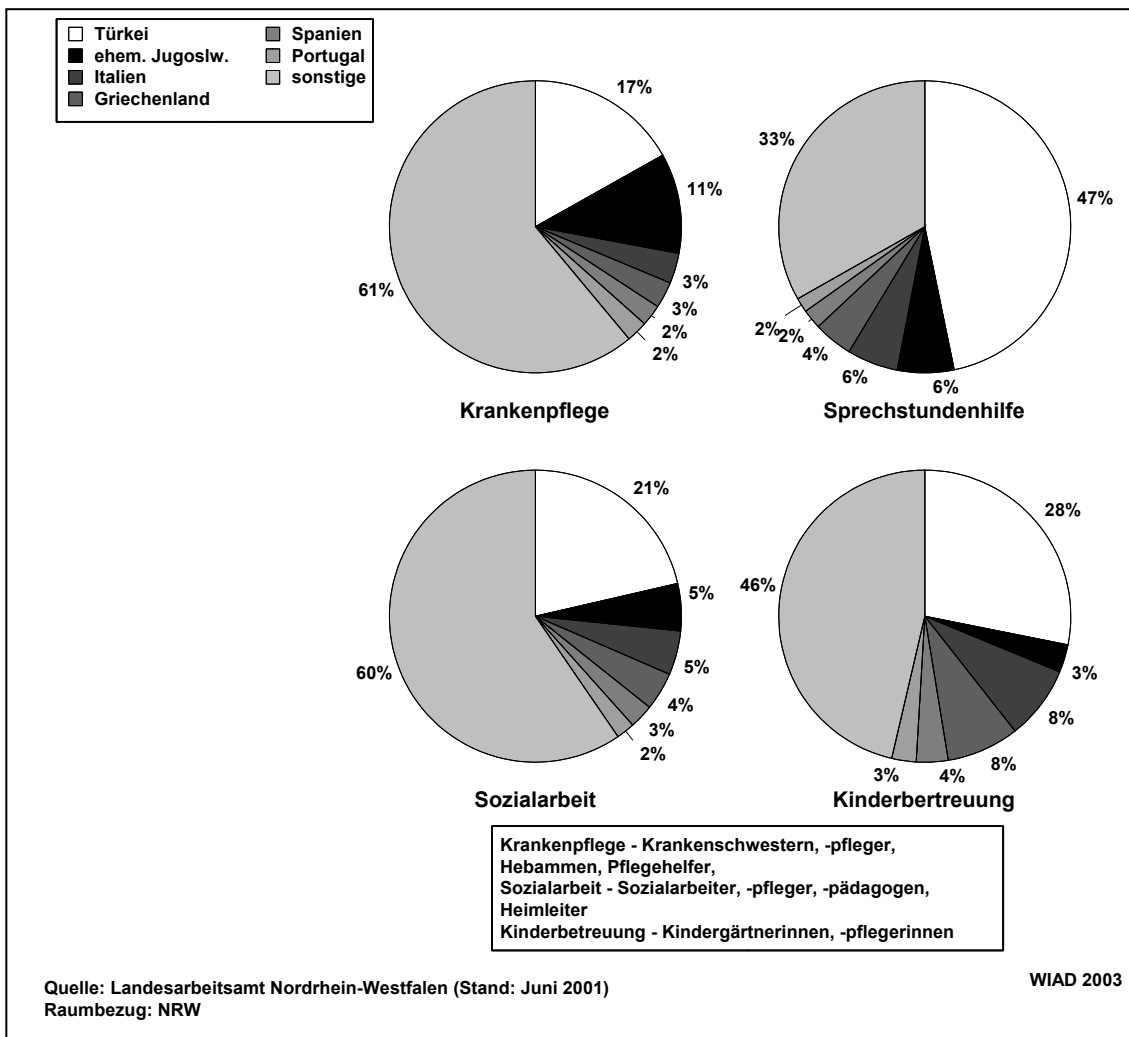
**Übersicht 5.6: Beschäftigte in paramedizinischen und sozialpflegerischen Berufen nach Staatsangehörigkeit (absolute Zahlen)**



Zahlenmäßig stark vertreten sind entsprechend ihrem Anteil innerhalb der nicht deutschen Population generell die TürkInnen und im Bereich der Krankenpflege auch Menschen aus dem ehemaligen Jugoslawien. Insgesamt arbeiten die meisten in diesen Bereichen tätigen nicht deutschen ArbeitnehmerInnen im Bereich der Krankenpflege oder als Sprechstundenhilfen. SpanierInnen und PortugiesInnen sind tendenziell am schwächsten vertreten. Der Gesamtanteil nicht deutscher Beschäftigter liegt auch bei diesen Berufsfeldern deutlich unterhalb ihres Anteils in der Gesamtbevölkerung. In der Krankenpflege beträgt der Anteil 6%, bei den Sprechstundenhilfen finden sich etwa 4% Beschäftigte nicht deutscher Herkunft, und in Sozialarbeit und Kinderbetreuung sind dies jeweils etwa 3%.

Allerdings täuscht diese Aufstellung noch darüber hinweg, dass die Mehrheit der nicht deutschen Beschäftigten in einigen der beschriebenen Bereiche nicht eine der bevölkerungsstärksten Staatsangehörigkeiten aufweisen, sondern von anderer Herkunft sind. Dieses verzerrte Bild wird in Übersicht 5.7 deutlich.

**Übersicht 5.7: Beschäftigte in paramedizinischen und sozialpflegerischen Berufen nach Staatsangehörigkeit (%)**



Sowohl in der Krankenpflege als auch in der Sozialarbeit haben etwa 60% der nicht deutschen Beschäftigten eine andere Nationalität als die eines der Anwerbeländer. Weniger extrem fällt diese Schieflage bei den Sprechstundenhilfen und in der Kinderbetreuung aus. Bei den nicht deutschen Sprechstundenhilfen hat nahezu die Hälfte der Beschäftigten die türkische Staatsangehörigkeit, so dass ihr Anteil hier deutlich über dem der nicht deutschen Bevölkerung liegt. Da jedoch der Anteil der nicht deutschen Beschäftigten insgesamt auf eine starke Unterrepräsentierung hinweist, trifft dies auch auf alle Anwerbeländer in sämtlichen Berufsfeldern zu. Die Anteile in den jeweiligen Bereichen sind in Übersicht 5.8 wiedergegeben.



**Übersicht 5.8: Anteil nicht deutscher Beschäftigter in paramedizinischen und sozialpflegerischen Berufen nach Staatsangehörigkeit und im Vergleich zum jeweiligen Bevölkerungsanteil (%)**

|                                       | <i>Kranken-<br/>pflege</i> | <i>Sprech-<br/>stundenhilfe</i> | <i>Sozial-<br/>arbeit</i> | <i>Kinder-<br/>betreuung</i> | <i>Bevölkerungs-<br/>anteil</i> |
|---------------------------------------|----------------------------|---------------------------------|---------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| TürkInnen                             | 1,04                       | 1,81                            | 0,73                      | 0,84                         | 3,61                            |
| Personen aus dem<br>ehem. Jugoslawien | 0,68                       | 0,24                            | 0,18                      | 0,09                         | 1,42                            |
| ItalienerInnen                        | 0,21                       | 0,22                            | 0,17                      | 0,24                         | 0,81                            |
| GriechInnen                           | 0,17                       | 0,17                            | 0,13                      | 0,24                         | 0,61                            |
| SpanierInnen                          | 0,14                       | 0,08                            | 0,09                      | 0,10                         | 0,23                            |
| PortugiesInnen                        | 0,15                       | 0,06                            | 0,07                      | 0,08                         | 0,22                            |

**Quellen:** Arbeitsamt NRW (Beschäftigte; Stand Juni 2001)/  
LDS NRW (Bevölkerung; Stand 31.12.2001)  
Raumbezug: NRW

**WIAD 2003**

Es wird unmittelbar deutlich, dass Personen aus den Anwerbeländern gemessen an ihrem Bevölkerungsanteil durchgehend unterrepräsentiert sind. Den größten Anteil haben die TürkInnen, wobei jedoch zu Bedenken ist, dass auch ihr Bevölkerungsanteil mit 3,6% deutlich über den Anteilen der anderen Nationalitäten liegt. So gesehen fällt die Diskrepanz zwischen dem Anteil in der Bevölkerung und der Beteiligung an den entsprechenden Berufen bei den ItalienerInnen und den GriechInnen relativ geringer aus. Insgesamt lässt sich damit resümieren, dass nicht nur im Bereich der ärztlichen und psychologischen, sondern auch im Bereich der paramedizinischen und sozialpflegerischen Berufe ein erheblicher Nachholbedarf in der Beschäftigung von Migrantinnen und Migranten besteht. Bedenkt man beispielsweise, dass nicht deutsche Sprechstundenhilfen und Krankenschwestern bzw. -pfleger für deutsche Ärztinnen und Ärzte in der Behandlung von Migrantinnen und Migranten eine große Hilfe darstellen können und dass nicht deutsche Beschäftigte in der Sozialarbeit aufgrund eines stärkeren Zugehörigkeitsgefühls und einer höheren Kultursensibilität häufig eine größere Akzeptanz gerade in sozialen Brennpunkten erreichen können, sollte es auch eine Aufgabe zukünftiger Politik sein, die Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, dass Migrantinnen und Migranten stärker an der paramedizinischen und sozialpflegerischen Versorgung beteiligt werden und deren spezifische Kompetenzen stärker bewusst und nutzbar gemacht werden.

## 5.2 Zulassungsordnung

Damit eine nicht deutsche Ärztin bzw. ein nicht deutscher Arzt in Deutschland als niedergelassene Ärztin bzw. als niedergelassener Arzt in der Versorgung der Bevölkerung tätig werden kann, muss sie bzw. er verschiedene Hürden überwinden. Die Anerkennung ihrer bzw. seiner Ausbildung hängt einerseits von ihrer bzw. seiner Nationalität ab, andererseits von der Frage wo sie bzw. er seine Ausbildung genossen hat. Die Approbation nach Bundesärzteordnung (BÄO) ist dann zu erteilen, wenn eine nicht deutsche Ärztin bzw. ein nicht deutscher Arzt Staatsangehörige bzw. Staatsangehöriger eines Mitgliedsstaates der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft (EWG) ist oder eines anderen Vertragsstaates des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) oder heimatlose Ausländerin bzw. heimatloser Ausländer ist und eine Ausbildung vorweisen kann, bei der die Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes gegeben ist. Innerhalb von EWG und EWR werden Abschlüsse, die nach 1976 abgelegt wurden, gegenseitig anerkannt (BÄO §§ 2-3).

Eine Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs kann an nicht deutsche Ärztinnen und Ärzte (also mit abgeschlossener Ausbildung) darüber hinaus dann erteilt werden, wenn sie unanfechtbar als Asylberechtigte anerkannt sind, eine Niederlassungserlaubnis (i.S. des Aufenthaltsrechts) haben, mit einem bzw. einer Deutschen verheiratet sind oder im Besitz einer Einbürgerungszusicherung sind. Diese Erlaubnis wird nur erteilt, wenn das Herkunftsland eine vergleichbare Regelung für deutsche Ärztinnen bzw. Ärzte vorhält. Zudem kann sie auf bestimmte Tätigkeiten und Beschäftigungsstellen beschränkt werden. Dieselben Voraussetzungen und Restriktionen gelten für eine Verlängerung der Erlaubnis (BÄO §10). Nachdem das PsychotherapeutInnenrecht im Psychotherapeutengesetz (PsychThG) dem Ärztinnen- bzw. Arztrecht angepasst worden ist, gelten für die Approbation als PsychotherapeutIn vergleichbare Regelungen (PsychThG §§ 2, 4).

Im Gegensatz zur BÄO, die auf Bundesebene die Berechtigung zur Tätigkeit als Ärztin bzw. als Arzt regelt, enthält die Zulassungsverordnung für Vertragsärztinnen bzw. -ärzte (Ärzte-ZV) die Bestimmungen der Niederlassung als freiberuflich tätige Ärztin bzw. Arzt. Die Ärzte-ZV hat dabei auch Gültigkeit für psychologische PsychotherapeutInnen (Ärzte-ZV § 1). Die Ärzte-ZV kann eine nicht deutsche Ärztin bzw. einen nicht deutschen Arzt, wenn sie bzw. er einmal auf Basis der BÄO zur Berufsausübung berechtigt ist, nur dann nicht zulassen, wenn sie bzw. er eine vorläufige Erlaubnis erhalten hat, welche die freiberuflich niedergelassene Tätigkeit ausschließt. Ansonsten unterliegen nicht deutsche Ärztinnen und Ärzte denselben Zulassungsbeschränkungen wie deutsche Ärztinnen und Ärzte auch. Zulassungsbeschränkungen werden auf Basis einer Bedarfsplanung erlassen, die den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) obliegt. Die KVen sind gehalten, sich nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zu richten (Ärzte-ZV § 12). Nach diesen Richtlinien haben die KVen für 14 Ärztinnen- bzw. Arztgruppen, darunter auch PsychotherapeutInnen und Nervenärztinnen und Nervenärzte regionalspezifische Bedarfe zu bestimmen, die sich auf Verhältniszahlen von EinwohnerInnen pro Ärztin bzw. Arzt stützen.

Durch den Vergleich mit raumordnungsbezogenen allgemeinen Verhältniszahlen wird Über- bzw. Unterversorgung ermittelt, die wiederum eine Schließung, Offenhaltung oder Wiedereröffnung eines Planungsgebietes nach sich ziehen.

Die KVen handeln also bei Zulassung oder Nichtzulassung im Rahmen der Vorgaben der Bundesregierung sowie der Richtlinien des Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen. Zudem sind sie gehalten die Bedarfspläne im Einverständnis mit den Verbänden der Krankenkassen vorzulegen. Will man die Versorgung der nicht deutschen Bevölkerung mit nicht deutschen Ärztinnen und Ärzten in bestimmten Bereichen oder Ärztinnen- bzw. Arztgruppen verbessern, so wäre eine Möglichkeit, die BÄO so zu ändern, dass beispielsweise nicht deutsche Ärztinnen und Ärzte wenn sie nicht aus dem Gebiet der EWG oder des EWR kommen, zumindest dann eine Approbation erhalten, wenn sie in Deutschland studiert haben, und dauerhaft hier leben wollen. Wichtiger wäre es jedoch, wenn die Ärzte-ZV und besonders die Richtlinien des Bundesausschusses so geändert werden könnten, dass in bestimmten Versorgungsbereichen andere Kriterien bei der Bestimmung von Unter- und Überversorgung angelegt werden könnten als rein bevölkerungsbezogene Verhältniszahlen. In § 12 Absatz 3 der Ärzte-ZV kann man die Möglichkeit weiterer Bedarfskriterien bereits herauslesen. Danach hat der Bedarfsplan der KVen u.a. Feststellungen über Bevölkerungsdichte und -struktur zu enthalten. Der Vergleich der Verhältniszahlen berücksichtigt bislang allein die Bevölkerungsdichte. Bei stärkerer Gewichtung der Bevölkerungsstruktur wäre es möglich, die zahlenmäßig größten Nationalitäten über Quoten bzw. nationalitätenspezifische Verhältniszahlen in den Bedarfsplänen zumindest mancher Ärztinnen- bzw. Arztgruppen zu berücksichtigen. Dabei könnten, ähnlich wie bei manchen Fachgebieten auch, mehrere Planungsgebiete zusammengefasst werden, um zunächst eine auf größere Einzugsgebiete bezogene Flächendeckung zu erreichen.

Eine Änderung der vorliegenden Unterversorgung bedarf also einer Modifizierung der gängigen Praxis. Voraussetzung hierzu ist wiederum die Bildung eines Problembewusstseins in diesem Bereich bei den Beteiligten politischen und korporativen Akteurinnen und Akteuren. Die Verantwortung liegt hier nicht bei einzelnen Institutionen, sondern die gegebene Situation wird letztendlich von ÄrztInnenschaft, Kassen und Politik gemeinsam getragen. Allerdings unterstellt die Argumentation zugunsten einer Änderung der vorherrschenden Regelungen wohl zu Unrecht, dass das notwendige Arbeitsangebot nicht deutscher Ärztinnen und Ärzte ausreichend zur Verfügung stünde. Bezüglich der Anwerbeländer ist jedoch darauf hinzuweisen, dass vornehmlich Arbeitskräfte mit einfachem oder ohne Schulabschluss nach Deutschland gekommen sind und dass sich diese nachteilige Bildungssituation in die zweite und dritte Generation der EinwanderInnen fortgesetzt hat. Wie gesehen, ist besonders der Anteil der Türkinnen und Türken der nachwachsenden Generationen, die überhaupt die Hochschulreife erlangen, überaus gering. Zudem sind Italienerinnen und Italiener und Spanierinnen und Spanier, die als Ärztinnen und Ärzte in Deutschland problemlos anerkannt und wie deutsche Ärztinnen und Ärzte zugelassen werden, in vergleichbarer Weise unterversorgt wie die türkische Bevölkerung. Das Problem liegt also nicht primär in rechtlichen Regelungen, sondern ist zunächst vor allem auch darin zu sehen, dass bereits

die Quote nicht deutscher Ärztinnen und Ärzte an sich und der Absolventinnen und Absolventen der medizinischen Hochschulen und damit das Arbeitskräfteangebot als solches zu gering ist. Damit verweist die mögliche Problemlösung einer herkunftsspezifischen Unterversorgung nicht nur auf das Ärztinnen- bzw. Arzt- und PsychotherapeutInnenrecht, sondern zunächst auch auf die Bildungspolitik, da bereits in der entsprechenden Qualifizierung junger Zuwanderinnen und Zuwanderer angesetzt werden muss, damit sie überhaupt in größerer Zahl in die Lage versetzt werden, sich für den Ärztinnen- bzw. Arzt- oder PsychotherapeutInnenberuf entscheiden zu können.

Nach gängiger Praxis erhalten auch nicht deutsche Absolventinnen und Absolventen mit einer Staatsangehörigkeit außerhalb des EWR eine Erlaubnis oder Approbation als Ärztin bzw. Arzt, wenn sie eine anerkannte Ausbildung haben und bereits in der zweiten oder dritten Generation hier leben. Es wäre wünschenswert, wenn dieser Status auch ohne die Notwendigkeit, die deutsche Staatsangehörigkeit anzunehmen, in der BÄO rechtlich festgeschrieben werden könnte, um die Rechtssicherheit für die betreffenden Absolventinnen und Absolventen zu erhöhen. Allerdings gibt es hier auch auf Landesebene Handlungsspielraum. Die Approbationen und Erlaubnisse werden durch die Bezirksregierungen erteilt, die wiederum den Ausführungsverordnungen der Landesregierung zur BÄO folgen. Die Erteilung einer Approbation oder uneingeschränkter Erlaubnis sollte dabei besonders für Türkinnen und Türken der zweiten und dritten Generation, so sie in Deutschland oder gleichwertig ausgebildet sind, die Regel sein.

### **5.3 Inanspruchnahme volksmedizinischer Praktiken**

Im Folgenden soll vertiefend auf die Besonderheit volksmedizinischer Praktiken bei psychiatrischen PatientInnen türkischer Herkunft eingegangen werden, die bereits in Kapitel 4 angesprochen wurden. Durch mehrere Untersuchungen aus der Türkei (z.B. Koen, 1986) ist die große Bedeutung volksmedizinischer Behandlungen, vor allem bei der türkischen Landbevölkerung, bekannt. Dort werden traditionelle, (nahezu) ausnahmslos männliche Heiler („Hocas“) wegen einer Vielzahl von Erkrankungen und Beschwerden aufgesucht. Assion, Dana & Heinemann (1999) untersuchten anhand einer prospektiven Studie bei 55 (24 Frauen und 31 Männer) psychiatrischen PatientInnen türkischer Herkunft die Bedeutung volksmedizinischer Heiler. Eine geschlechtsspezifische Auswertung der Daten ist leider nicht erfolgt, so dass die Ergebnisse der Studie nicht differenziert nach Geschlecht dargestellt werden können.

**„Exkurs: Charakterisierung des ‚Hoca‘**

Zur Behandlung der aufgeführten magisch ausgelösten Erkrankungen werden vorwiegend schamanen-ähnliche magische Heilkundige, ‚Hocas‘ (‚Hodschas‘) aufgesucht. Im wörtlichen Sinne bedeutet dieser Begriff ‚Islamischer Religionsvertreter‘, im weiteren Sinne ‚Lehrer‘, ‚Magier‘ und ‚nicht-ärztlicher Heilkundiger‘. Neben den von einer islamischen Gemeinde als Koranlehrer bestellten Hocas gibt es mehr oder weniger mit dem Koran vertraute Hocas, die vornehmlich magische Praktiken ausüben, wobei fließende Übergänge bestehen. Meist ist die Art der Ausbildung eines solchen ‚Magier-Hocas‘ unbekannt. Strenggläubige und modern orientierte Hocas versuchen, sich von den magischen Praktiken abzugrenzen, womit sie sich in Einklang mit dem Koran befinden.

Zu den rechtgläubigen Hocas zählt auch der Imam (Vorbeter) als höhergestellte Person; diesem ist wiederum ein Mufti vorgesetzt.

Der Hoca wird als befähigt angesehen, den ‚bösen Blick‘, ‚schwarze Magie‘ oder ‚böse Geister‘ als Ursache einer Erkrankung erkennen zu können. Deshalb werden Hocas, die als hohe Autoritäten gelten, wegen eines breiten Spektrums unterschiedlicher Probleme aufgesucht, die von Krankheiten, wie z.B. Depressionen oder Epilepsie, chronischen Beschwerden, familiären Schwierigkeiten, bis hin zu ökonomischen oder beruflichen Konflikten reichen.

Die ‚Diagnostik‘ besteht zumeist in einem Orakel-Ritual, bei dem der Hoca durch den Blick in ein Buch über die islamische Kosmologie oder den Koran, durch Blick in ein Glas Wasser oder auf ein schwarz gefärbtes Ei die Ursache der Erkrankung erkennt. Es können auch meditative Gebete gesprochen werden.“ (Assion, Dana & Heinemann, 1999)

Die AutorInnen fanden heraus, dass zwei Drittel der PatientInnen Kontakt zu einem oder mehreren Hocas hatten, worüber erst durch gezielte Exploration Auskunft gegeben wurde. Nur 8% der PatientInnen suchten aus eigener Motivation den Hoca auf. In den meisten Fällen regten die Angehörigen den Kontakt zu den Heilern an (Wahrung des familiären Kontexts und Integration der Familie in die Behandlung). Des weiteren fanden die AutorInnen Differenzierungen der Inanspruchnahme von Hocas insofern, als PatientInnen mit einer schizophrenen Erkrankung am häufigsten Hocas aufsuchten, gefolgt von PatientInnen mit depressiven und neurotischen Störungen. Dies steht im Einklang mit Beobachtungen aus der Türkei, dass insbesondere bei schweren chronischen Erkrankungen mit hohem Leidensdruck und bei normabweichenden Verhaltensweisen die volksmedizinischen Heilinstanzen beansprucht werden.

50% der PatientInnen kamen den von den Hocas ausgesprochenen Ratschlägen ganz oder teilweise nach, wobei eine erstaunliche Diskrepanz bestand zwischen der Einstellung der PatientInnen gegenüber den Hocas und der Bereitschaft, ihre Ratschläge zu befolgen. Ein Drittel der Befragten erkannten die Hocas nicht als Autorität an oder beurteilten sie sogar negativ.

Problematisch sind u.a. die willkürlichen und z.T. sehr hohen Honorarforderungen der Hocas: „Die Hocas verlangten für ihre Tätigkeit sehr unterschiedliche Honorare. Nur selten wurde auf eine Bezahlung verzichtet. Meistens wurden einige 100,- DM verlangt, in Einzelfällen mussten sogar mehrere 1.000,- DM bezahlt werden. Diese z.T. hohen bis horrenden finanziellen Auf-

wendungen sind auch in anderen Untersuchungen beschrieben. Den Angaben der PatientInnen ist zu entnehmen, dass es neben engagierten und seriösen Hocas auch vereinzelt am Profit orientierte Hocas gibt“ (Assion, Dana & Heinemann 1999).

Die AutorInnen diskutierten auch die Frage, ob eine Tolerierung oder gar Kooperation mit traditionellen Heilern bei der Behandlung psychiatrischer PatientInnen erfolgen sollte und kommen zu der „Ansicht einer aufgeschlossenen Einstellung gegenüber magischem Denken, wobei die magische Erklärung als Deutungsmöglichkeit akzeptiert und das Aufsuchen eines Hocas toleriert werden kann, sofern sich keine nachteiligen Auswirkungen auf die psychiatrische Therapie ergeben. Im ärztlichen Gespräch sollte unbefangen auf die Beziehung zu Hocas eingegangen werden, um den PatientInnen deutlich zu machen, dass sie samt ihres kulturellen Kontextes akzeptiert werden“ (ebd.).

Bei dem Round-Table-Gespräch, das wir mit ÄrztInnen und TherapeutInnen führten, waren u.a. auch religiös geprägte Heilmethoden ein Thema. Der Anteil der psychiatrischen PatientInnen, die Kontakt zu Hocas haben, wurde jedoch wesentlich höher eingeschätzt.

*„90% der Patientinnen, die zu uns kommen haben vor, während oder nach der klinischen Behandlung einen Heiler aufgesucht.“<sup>22</sup>*

*„Ich habe zehn Jahre lang eine türkischsprachige Gruppe geleitet und es war die überwiegende Zahl, die Kontakte (zu Hocas) hatte. Das ist meine Erfahrung aus der Klinik.“<sup>23</sup>*

Die Erfahrungen der BehandlerInnen, die an unserem Fachgespräch teilnahmen ist auch die, dass traditionelle und schulmedizinische Heilmethoden parallel in Anspruch genommen werden.

*„Die Frage die dahinter steckt ist ja, ob es eine Psychotherapie oder eine medizinische Behandlung behindert, wenn jemand zum Hoca geht. Und meine Erfahrung ist, dass es meist gleichzeitig läuft, dass die Familie sozusagen einen Rundumschlag macht. Alles was gut ist, wird gemacht, dann ändern wir die Ernährung, gehen zum Hoca.“<sup>24</sup>*

*„Ich habe eher so den Eindruck, dass das aus der Not heraus kommt. Es gehen auch Männer, nicht nur Frauen zu Hocas, und die Behandler sind meistens Männer, seltener Frauen.“<sup>25</sup>*

Die TeilnehmerInnen des Fachgesprächs waren sich darüber einig, dass das Aufsuchen von Heilern akzeptiert werden sollte (wobei vor überzogenen finanziellen Forderungen gewarnt wer-

---

<sup>22</sup> Psychologe, Psychiatrische Klinik

<sup>23</sup> Psychologe, Psychiatrische Klinik

<sup>24</sup> Ärztin, Psychiatrische Klinik

<sup>25</sup> Ärztin, Psychiatrische Klinik

den muss), gleichzeitig aber auf die Einhaltung der medizinischen Behandlungspläne bestanden werden muss.

*„Die Mutter eines Patienten sagte mir: ‚Frau Doktor, die Deutschen verstehen das ja nicht, aber sie kennen das ja, und ich war jetzt bei einem, der hat mir so und so viele tausend DM abgeklopft und mein Junge ist immer noch schizophran‘. Das ist eine Schwierigkeit, da kann man den Familien sagen, ‚Hören Sie mal, ich habe Respekt, Sie können zum Hoca gehen, aber lassen Sie ihren Sohn regelmäßig sein Neuroleptikum einnehmen‘. So kann man ins Gespräch kommen.“<sup>26</sup>*

*„Aber die Frage ist ja, was machen wir im Alltag. Meine Meinung ist, wenn man Frauen aufklärt und wenn man ihnen sagt, dass ist diese Erkrankung, sie können dies machen, jenes lassen, sie haben die Freiheit, sie sind nicht gezwungen dazu - sie nehmen es eigentlich auch an. Ich denke, dann wird das mit den Hocas im Sand verlaufen.“<sup>27</sup>*

*„Ich denke, es ist typisch westliches Denken zu sagen, das eine schließt das andere aus. Das ist für ZuwanderInnen nicht so.“<sup>28</sup>*

Auch Rodewig (2000), der in der internistisch-psychosomatischen Fachklinik Hochsauerland in Bad Fredeburg an einem speziellen Programm zur psychosomatischen Rehabilitation von türkischen PatientInnen beteiligt ist, plädiert für einen unverkrampften Umgang mit den traditionellen Heilern. Im Rahmen der Notwendigkeit, magische und religiöse Vorstellungen subjektiver Krankheitstheorien ernst zu nehmen und in den Behandlungsprozess einzubeziehen, ist die Zusammenarbeit mit einem Hoca demnach zunächst „nicht anders zu bewerten als bei deutschen Patienten die Zusammenarbeit mit einem Seelsorger. Wesentlich ist, ob man eine gemeinsame Vorstellung vom therapeutischen Prozess teilen kann oder in den Methoden und Zielen gegeneinander arbeitet“ (Rodewig, 2000).

Aus den Fachgesprächen gibt es aber auch Hinweise, dass religiös/magisches Krankheitsverständnis eher in unteren Bildungsschichten verbreitet ist.

*„Ich glaube, dass das mit steigendem Bildungsstatus abnimmt. Ich habe natürlich keine Zahlen und keine statistischen Erkenntnisse, aber mein Eindruck ist, je höher die Bildung um so weniger gibt es solche magischen Geschichten.“<sup>29</sup>*

Auch im Beratungsalltag kommen jedoch solche Ursachenattributionen von Störungen vor und sollten dann von den BeraterInnen akzeptiert werden.

---

<sup>26</sup> Ärztin, Psychiatrische Klinik

<sup>27</sup> Ärztin, Psychiatrische Klinik

<sup>28</sup> Ärztin, Psychiatrische Klinik

<sup>29</sup> Diplom-Psychologin, Erziehungsberaterin

*„Hin und wieder kommt das vor, und wenn ich eine Familie habe, die, sagen wir mal, auf Empfehlung des Lehrers zu mir kommt, meint aber, eigentlich kann der Hoca meinem Kind helfen, dann verurteile ich das nicht, sondern sage, wenn sie der festen Überzeugung sind, dann probieren sie das auch und wenn das nicht hilft, dann kommen sie wieder. Ich gehe in keinem Fall in Konkurrenz zum Hoca. Denn wenn die Familie das als feste Lösung sieht, nur das kann meinem Kind helfen, dann laufe ich ja gegen Wände, das muss nicht sein. Aber sie fühlen sich angenommen mit ihrer Lösungsmöglichkeit, und da denke ich, müssen sie das auch ausprobieren. Aber ich habe den Eindruck, dass das eher abnimmt.“<sup>30</sup>*

Magisch/religiöser Umgang mit psychischen Problemen scheint aber auch (nach Aussage der TeilnehmerInnen der Round-Table-Gespräche) eine stärkere Bedeutung bei schweren psychischen Erkrankungen zu haben (z.B. Psychosen). Je hilfloser die Betroffenen im Umgang mit der Erkrankung sind, desto größer ist die Versuchung, sich dem Problem auch mit volksmedizinischen Praktiken zu nähern.

#### **5.4 Kulturell und religiös bedingte Konzepte von Gesundheit und Krankheit in der psychosozialen Versorgung**

„Die psychiatrische Forschung in Deutschland und ebenso die psychiatrische Versorgung haben die Situation von Minoritäten bislang kaum thematisiert. Publikationen und Initiativen haben nach wie vor mehr den Charakter von Einzelinitiativen, die diesbezüglichen Forschungsvorhaben sind zahlenmäßig gering und gehören nicht zum Kern der ‚förderfähigen‘ Forschungsinteressen.“ (Koch, 2000, S. 55).

Die einzige aktuelle Untersuchung, die sich mit dem Stand des Problembewusstseins bezüglich der Behandlung von PatientInnen ausländischer Herkunft befasst, ist die von Koch (2000). Der Autor hat einen Erhebungsbogen an alle psychiatrischen Krankenhäuser in Deutschland sowie an ambulante und komplementäre Einrichtungen gesandt. Insgesamt konnte ein Rücklauf von 198 komplett ausgefüllten Bögen in die deskriptive Analyse eingehen (davon 93 stationäre psychiatrische bzw. psychosomatische Einrichtungen). Die Einrichtungen und Dienste, die den Fragebogen beantworteten, waren relativ gut über das Bundesgebiet verteilt, jedoch ist davon auszugehen, dass unter den Rücksendungen solche Einrichtungen überrepräsentiert sind, die sich mit der Thematik bereits befassen. Aus dem ambulanten Bereich antworteten 36 Nervenärztinnen bzw. Nervenärzte, 20 PsychotherapeutInnen und 12 Institutsambulanzen. Aus dem komplementären Bereich (nicht stationäre Institutionen, die über eine Krankenkassenfinanzierung verfügen) beteiligten sich 24 Beratungsstellen, 6 sozialpsychiatrische Dienste sowie 7 Einrichtungen mit unterschiedlichen Schwerpunkten.

---

<sup>30</sup> Diplom-Psychologin, Erziehungsberaterin



Unter anderem wurde gefragt: „Treten nach Ihren Erfahrungen spezifische Probleme bei der Behandlung von Patienten ausländischer Herkunft auf?“ Sechs Problemfelder wurden als Antwortkategorien vorgegeben. Das Problem der sprachlichen Verständigung wird als sehr bedeutsam eingeschätzt. Im stationären Bereich wurden von fast drei Viertel der Befragten häufige Probleme angegeben, was bereits grundsätzlich eine angemessene Behandlung zweifelhaft erscheinen lässt. Ähnlich sieht es bei den Problemen mit dem Krankheitsverständnis der PatientInnen aus, wobei hier der Anteil der Nennungen von häufigen Problemen im ambulanten und komplementären Bereich sogar höher ist. Verwunderlich dagegen ist, dass diagnostische und therapeutische Unsicherheiten aufgrund von Kulturdifferenzen zwar auch benannt werden, aber weitaus seltener als Probleme zum sprachlichen Verständnis. Auch die Einigung auf ein gemeinsames therapeutisches Vorgehen wird seltener als Problem angesehen.

„Hinter diesen Angaben kann tendenziell eine Haltung vermutet werden, dass der Berater oder Behandler schon weiß, was für den Patienten richtig ist, auch wenn er sich nicht ausreichend mit ihm verständigen kann. Dies muss als wenig kultursensibel bezeichnet werden und ist keine gute Voraussetzung für eine optimale Behandlung“ (ebd.).

Behandlungsprobleme aufgrund der sozio-ökonomischen Lage und Probleme infolge des Aufenthaltsstatus wurden insbesondere bei den komplementären Einrichtungen häufig gesehen. Der Autor schließt daraus, dass ein Klientel, bei dem vor allem aufenthaltsrechtliche Unsicherheiten im Vordergrund stehen, vermehrt in spezialisierten Institutionen (d.h. Asylberatungsstellen und Migrationszentren in den Ballungsräumen) versorgt wird. Klar ist auch, dass der Zugang zu krankenkassenfinanzierten BehandlerInnen oder gar zur stationären Behandlung durch die problematische und bürokratische Finanzierung von AsylbewerberInnen extrem erschwert ist.

Als problematisch wurde ebenfalls die hohe Erwartungshaltung der PatientInnen und der Umgang mit fremdbestimmten Therapiemotivationen angesehen. Betrachtet man die Nennungen der spezifischen Angebote der Einrichtungen für PatientInnen ausländischer Herkunft, so fällt auf, dass im stationären Bereich die Arbeit mit DolmetscherInnen vor muttersprachlicher Therapie bzw. Beratung, speziellen ambulanten Angeboten und der Kooperation mit Beratungsstellen am häufigsten genannt wird. Diese Angebote werden vorwiegend für PatientInnen türkischer Herkunft sowie aus Ex-Jugoslawien, Russland, Polen und dem Iran angeboten.

Die Befragung machte vor allem einen sehr großen Bedarf an qualifizierten DolmetscherInnen sowie einen hohen Bedarf an muttersprachlichen Fachkräften im stationären Bereich deutlich. In Hamburg (Universitätskrankenhaus Eppendorf) und in Hannover (Ethnomedizinisches Zentrum) existieren Dolmetscherdienste, die für alle Nationalitäten ausgerüstet sind.

Ebenfalls deutlich trat hervor, dass die Einrichtungen, die sich bereits mit speziellen Angeboten an MigrantInnen wenden, in stärkerem Maße Konzepte innerhalb der Regeleinrichtungen for-

dem und deutlich seltener spezielle Institutionen für ausländische Minderheiten für sinnvoll halten. Koch resümiert die Ergebnisse: „Die Ergebnisse der Befragung bestätigen die längst überfällige Forderung, eine qualitativ angemessene Behandlung in unserem Gesundheitswesen auch ethnischen Minoritäten zu bieten. Dafür ist es erforderlich, die Ausbildung der Berufe des Gesundheitswesens um transkulturell-psychiatrische Erkenntnisse zu erweitern und das Anliegen von Minoritäten in Forschung und Universität angemessen zu vertreten. Das neue Stichwort kultursensibler Behandlung benötigt noch mehr als Ausbildung Bereitschaft und Interesse, sich fremden Kulturen zuzuwenden und auch im Umkehrschluss neue Erfahrungen durch Zuwanderer innerhalb der eigenen, der Aufnahmekultur, zuzulassen und wahrzunehmen.“

Setzt man sich mit der Inanspruchnahme psychiatrischer ambulanter und stationärer Dienste auseinander, so fällt auch hier das Nichtvorhandensein quantitativer Studien auf. Es liegt eine Reihe von qualitativen Untersuchungen vor, die bestimmte Problembereiche beschreibt. Die meisten Ergebnisse weisen auf Defizite in den Versorgungsstrukturen hin (vgl. Collatz, 2001). Analysen zu Hospitalisationsinzidenzen (meist in einzelnen Kliniken durchgeführt) weisen durchgängig auf eine Unterrepräsentanz von MigrantInnen bei den psychiatrischen PatientInnen hin.

Die Experten, die an unseren Fachgesprächen teilnahmen, waren auch der Meinung, dass das in der Literatur häufig diskutierte Phänomen der mangelnden Inanspruchnahme der Migrantinnen sich auf das Problem des Mangels an sprachlich und kulturell kompetentem Personal in den Einrichtungen reduzieren lässt.

*„Überall, wo muttersprachliche MitarbeiterInnen in eine Institution aufgenommen worden sind oder angefangen haben, in den Praxen zu arbeiten, dorthin kommt die ausländische Bevölkerung. Für uns, aus unserer Perspektive, hat sich das in der Diskussion schon belegen lassen, dass diese viel diskutierten Inanspruchnahmebarrieren im Grunde dann niedriger sind, wenn es jemanden gibt, der kulturspezifisches Wissen hat plus Sprachwissen.“<sup>31</sup>*

*„Als das erste Projekt auslief, war ein Jahr lang keine Muttersprachlerin da [in der Klinik]. Dann ging die Inanspruchnahme wieder runter, ganz deutlich. Dann war die nächste da, dann ging sie wieder hoch.“<sup>32</sup>*

Insgesamt ist aus der Sichtung der Fachliteratur und aus den ExpertInnengesprächen deutlich geworden, dass kulturell bedingte Konzepte von Krankheit und Gesundheit und deren Bedeutung für die Behandlung, Beratung und Versorgung psychisch kranker Migrantinnen weitestgehend bekannt sind. Bekannt bedeutet, dass sie hinreichend veröffentlicht worden sind, aber nicht unbedingt den EntscheidungsträgerInnen bewusst sind. Es gibt eine ganze Reihe fundier-

---

<sup>31</sup> Ärztin, Psychiatrische Klinik

<sup>32</sup> Diplom-Psychologin, Erziehungsberaterin

ter deutscher Veröffentlichungen, die sich praxisnah mit interkulturellen Konzepten und kultursensibler Behandlung in verschiedenen Bereichen der psychischen und psychosomatischen Versorgung befassen. Zum Beispiel:

- Thomas, A. (Hrsg.)(1996): Psychologie interkulturellen Handelns, Hogrefe, Göttingen
- Nestmann, F. & Niepel, T. (1993): Beratung von Migranten - Neue Wege der psychosozialen Versorgung, Robert-Bosch-Stiftung, Stuttgart
- Hegemann, T & Salman, R. (Hrsg.)(2001): Transkulturelle Psychiatrie – Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen, Psychiatrie Verlag, Bonn
- Ghaeni, Z.V. (Hrsg.)(1999): Krank in der Fremde – Perspektiven zur interkulturellen Entwicklung von deutschen Kliniken, Cinco, Frankfurt a.M.
- Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit (Hrsg.)(2000): Handbuch um interkulturellen Arbeit im Gesundheitsamt, Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen, Berlin/Bonn
- Landeszentrum für Zuwanderung NRW (Hrsg.)(2001): Praxisforum Interkulturelle Öffnung der Jugendhilfe, Solingen: Eigenverlag

Was jedoch die Umsetzung dieser Konzepte in die Praxis anbetrifft, so gibt es ganz erhebliche Defizite und ein nur sehr langsam erwachendes Problembewusstsein. Insgesamt gibt es nur sehr wenige Kliniken, Beratungsstellen und ambulante Versorgungsangebote, die sich (konzeptionell und personell) auf die psychosoziale Beratung von Migrantinnen bzw. die Behandlung psychisch kranker Migrantinnen eingestellt haben. Hier gibt es in allen Bereichen (klinisch, ambulant, komplementär) erheblichen Nachholbedarf, um die adäquate Versorgung von Migrantinnen sicherzustellen bzw. dem der deutschen Bevölkerung anzugleichen.

## **5.5 Darstellung spezifischer Vorsorge- und Versorgungsangebote in Nordrhein-Westfalen**

Auf der Basis der vorliegenden Forschungsergebnisse kann nur schwer eingeschätzt werden, ob psychische und psychosomatische Erkrankungen bei Migrantinnen häufiger vorkommen als bei deutschen Frauen. Wie gesehen, geben Migrantinnen und Migranten jedoch häufiger psychische und psychosomatische Beschwerden an und weisen häufiger als Deutsche psychosoziale Belastungsfaktoren auf. Wir können also davon ausgehen, dass sie nicht weniger belastet sind und somit den gleichen Bedarf an Versorgung, Behandlung und Prävention haben wie einheimische Frauen. Gleichzeitig deuten die Rehabilitationsstatistiken auf einen spezifischen Bedarf besonders auch von Migrantinnen hin, deren Indikationsspektrum, wie gesehen, anders gelagert ist als das der übrigen PatientInnengruppen.

Um genaueres darüber zu erfahren, wie diese Vorsorge- und Versorgungsangebote in Nordrhein-Westfalen aussehen und welche Angebote es für Migrantinnen gibt, haben wir einen Informationsaufruf im Infodienst Migration und Gesundheit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) veröffentlicht, parallel dazu viele Organisationen direkt angeschrieben und den Aufruf über den E-Mail-Verteiler des Arbeitskreises Migration und öffentliche Gesundheit der Bundesbeauftragten für Ausländerfragen versandt, der von dort aus im Schneeballverfahren weitergeleitet wurde. Ebenfalls wurde der Verteiler des Internationalen Zentrums für Frauengesundheit (IZFG) in Bad Salzuflen für den Aufruf genutzt. Auf diesen Aufruf hin bekamen wir insgesamt 32 Rückmeldungen (d.h. ausgefüllte Fragebögen) aus Nordrhein-Westfalen zugesandt. Der Informationsaufruf sowie der Erhebungsbogen finden sich in Anhang 2.

Die soziale und gesundheitliche Arbeit mit zugewanderten KlientInnen und PatientInnen wird im Wesentlichen durch gemeinnützige Verbände verrichtet, die z.B. den Kirchen, Gewerkschaften oder Stiftungen zugeordnet sind. Vor allem diese Verbände sind Träger eigenständiger Beratungsstellen für zugewanderte Bevölkerungsgruppen bzw. Asylbewerberinnen und Flüchtlinge. Von den 32 Rückmeldungen kamen allein je neun von verschiedenen Beratungsstellen der Arbeiterwohlfahrt und der Caritas, wobei die meisten Einrichtungen im Ruhrgebiet und den großen Metropolen angesiedelt sind. Aus den mehr ländlichen Regionen in Westfalen oder dem Münsterland kamen kaum Rückmeldungen. Die übrigen Einrichtungen waren von der Trägererschaft her unterschiedlich. Die im Anhang 3 befindliche Auflistung gibt eine tabellarische Übersicht über die Organisationen, die den Aufruf beantwortet haben, deren Einzugsbereich, Zielgruppen bzw. überwiegendes Klientel sowie die jeweiligen Angebotsschwerpunkte wieder. Es muss darauf hingewiesen werden, dass diese Übersicht über die Angebote in Nordrhein-Westfalen nicht den Anspruch auf Vollständigkeit in Bezug auf die tatsächlichen Angebote erheben kann. Hierfür wäre eine systematisch angelegte (sicherlich sinnvolle) Bestandsaufnahme der Angebote vonnöten, deren Recherchearbeiten jedoch den Rahmen der vorliegenden Expertise sprengen würde. Die im Folgenden skizzierte Angebotslage ist eher als Resultat der Auswertung eines convenience samples zu verstehen, die jedoch durchaus Rückschlüsse auf die Gesamtsituation zulässt. Dass nachfolgend die Darstellung der Defizite einen größeren Raum einnimmt als die Beschreibung der Angebote, liegt darin begründet, dass bei den meisten Rückmeldungen die Angaben zu den Einschätzungen der Defizite in der Versorgung den größten Raum einnahmen. Dieser Umstand sowie die insgesamt in Kapitel 5 beschriebene Situation und die Auswertung der Round-Table-Gespräche deuten darauf hin, dass die Versorgungssituation in Nordrhein-Westfalen in der Tat in vielen Bereichen Defizite aufweist.

Es fällt auf, dass die meisten Organisationen mit ihren Angeboten ein breites Spektrum von Migrantinnen mit unterschiedlichsten Migrationshintergründen ansprechen. Werden Schwerpunktklientele benannt, so sind diese nicht immer programmatisch definiert, sondern ergeben sich aus der Struktur derjenigen Migrantinnen, die die jeweiligen Angebote wahrnehmen bzw. im entsprechenden Einzugsgebiet leben. Einen direkt frauenspezifischen Fokus haben nur wenige der aufgeführten Einrichtungen, was nicht zwangsläufig bedeuten muss, dass sie in ihrer

täglichen Arbeit keinen geschlechtssensiblen Blickwinkel einnehmen. Allerdings ist auffällig, dass die geschlechtsspezifisch formulierte Anfrage ein größtenteils geschlechtsneutrales Echo, auch in der Beantwortung des Fragebogens gefunden hat. Dies deutet darauf hin, dass in der Beschäftigung mit dem Thema geschlechtsspezifische Denkmuster häufig noch nicht verankert sind. Entsprechend finden sich auch nur wenige Angebote (z.B. 'Frauengruppen', 'Frauenflüchtlingstreffen'), die auf die spezifischen Bedürfnisse von Migrantinnen zugeschnitten sind. Insgesamt sind die Angebote auch thematisch eher breit angelegt. Psychische und psychosomatische Gesundheit finden sich kaum im Angebotsspektrum. Statt dessen liegt der Schwerpunkt auf psychosozialen Aspekten der Unterstützung im täglichen Leben wie Beratung und Begleitung zu bzw. Vermittlung von medizinischen oder auch psychologischen Diensten sowie Sprach- und Bildungsangeboten oder Beratungen zu familiären Problemen.

Fünf der Institutionen, die unserem Aufruf nachgekommen sind und den Fragebogen beantwortet haben, befassen sich ausschließlich mit Asyl- und Flüchtlingsberatung sowie der Beratung und Behandlung schwersttraumatisierter Flüchtlinge. Da wir davon ausgehen müssen, dass wir mit unserer Erhebung keine Totalerfassung aller Organisationen, die in diesem Bereich tätig sind, vorgenommen haben, kann hiermit auch nicht abgeschätzt werden, inwieweit die Angebote dem Bedarf entsprechen. Sehr auffällig ist jedoch, dass alle Organisationen große Defizite in der Versorgung angeben. Im Folgenden werden die Antworten auf die Fragen „**Wo sehen Sie Defizite in der psychologischen, psychiatrischen und psychosozialen Versorgung von Migrantinnen?**“ wiedergegeben (für den Bereich Flüchtlinge/Asylbewerberinnen):

*„Zu wenige Therapieplätze für traumatisierte Flüchtlinge*

*(Die wenigen Psychosozialen Zentren befinden sich in Großstädten und sind völlig überlastet, die Folge sind lange Wartezeiten und keine Erreichbarkeit für Flüchtlinge, die in ländlichen Gegenden leben.)*

*Fehlende DolmetscherInnenendienste*

*Sprachliche Verständigungsschwierigkeiten erschweren die Diagnose und Behandlung und können zu Missverständnissen und Fehldiagnosen führen.*

*Eingeschränkter Anspruch auf medizinische Leistungen für AsylbewerberInnen und geduldete Flüchtlinge, da die Versorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz auf akute Erkrankungen und Schmerzzustände beschränkt ist. Es besteht kein Anspruch auf Rehabilitations- und Präventionsmaßnahmen.*

*Personen ohne Aufenthaltsstatus, insbesondere Frauen, die sich in Gewaltverhältnissen befinden. Sie haben keinen Zugang zu medizinischer Versorgung und können in der Regel nicht vor*

*Gewalt geschützt werden. Aus Angst vor einer drohenden Abschiebung wenden sie sich meist nicht an ÄrztInnen oder Beratungsstellen.“<sup>33</sup>*

*„Es gibt Defizite bei muttersprachlich qualifizierten Angeboten zur medizinischen/psychotherapeutischen Versorgung, Mangel an qualifizierten DolmetscherInnen, Mangel an Sensibilität und Kompetenz im Umgang mit Flüchtlingen (insbesondere traumatisierten Personen).“<sup>34</sup>*

- wenig PsychiaterInnen/PsychologInnen/TherapeutInnen, die sich mit PTBS (Posttraumatische Belastungsstörungen) auskennen*
- mehr muttersprachliche Therapiemöglichkeiten*
- Asylbewerberleistungsgesetz sieht nur sog. ‚Notfallbehandlung‘ vor, d.h. Menschen mit Duldung oder ohne Aufenthaltsstatus haben keine Chance auf mittel- bzw. langfristige Behandlung/Therapie“<sup>35</sup>*

*„Das Defizit liegt in der zeit- und ortsnahen Therapie traumatisierter Flüchtlinge in Deutschland. Die Zahl qualifizierter Institutionen, die Erfahrungen in der Traumabehandlung haben, gewohnt sind mit fremden Kulturen zu arbeiten und Therapien mit Hilfe von SprachmittlerInnen durchführen können, sind sehr gering, häufig nicht ausreichend finanziert und für das betroffene Klientel oft nur schwer erreichbar, da diese meist nur in Großstädten vorhanden sind. Es ist daher dringend notwendig, neue TherapeutInnen für dieses Aufgabengebiet zu finden.“<sup>36</sup>*

Bei der Betrachtung der Aufgabenschwerpunkte der Organisationen, die sich ausschließlich mit Migrantinnen als Zielgruppe ihrer Aktivitäten befassen, wird deutlich, dass gesundheitsbezogene Angebote oft nicht der zentrale Arbeitsschwerpunkt der Organisationen ist, sondern hinter sozialen, kulturellen und rechtlichen Aufgaben zurückstehen. Die Arbeitsschwerpunkte der MigrantInnenberatungsstellen der Wohlfahrtsverbände sind sehr breit gefächert. Hier stehen meist integrationsfördernde Maßnahmen (wie z.B. Sport- und Bildungsangebote), Sozialberatung, Unterstützung bei Kontakten mit Behörden, soziale Gruppenarbeit etc. im Vordergrund. Gesundheit generell und insbesondere psychische Gesundheit von Frauen ist, wenn überhaupt, ein Arbeitsbereich von vielen und gehört, abgesehen von den wenigen Organisationen, die sich auf die Beratung und Behandlung von Posttraumatischen Stresssyndromen (PTSD) spezialisiert haben, nicht zu den Hauptaufgaben. Bei der Auswertung der Erhebungsbögen war ebenfalls auffällig, dass bei der Frage nach Versorgungsdefiziten zum einen bei allen Rücksendungen z.T. massive Versorgungsdefizite benannt wurden und es zum anderen eine starke Überschneidung der Nennungen gab. Der Mangel an muttersprachlichem Fachpersonal, fehlende DolmetscherInnendienste, mangelndes fremdsprachiges Aufklärungs- und Informationsmaterial

<sup>33</sup> Asyl- und Flüchtlingsberatung des Diakonischen Werks des Kirchenkreises Jülich

<sup>34</sup> Therapiezentrum für Folteropfer, Caritas Flüchtlingsberatung Köln e.V.

<sup>35</sup> Flüchtlingsreferat des Informationszentrums Dritte Welt, Kirchenkreis Herne

<sup>36</sup> Malteser Werke gGmbH, Köln

wurden von fast allen Organisationen erwähnt. Zur Illustration werden nachfolgend einige der Angaben wiedergegeben:

*„Unterversorgung ist m.E. wie folgt festzustellen:*

- a. *Fast kein muttersprachliches bzw. deutsches Fachpersonal mit entsprechenden Kenntnissen in Erziehungsberatungsstellen, Gesundheitsberatungsstellen, u.a.m.;*
- b. *Das gleiche gilt auch für Formen der stationären Altenhilfe, wobei sich hier m.E. nach wie vor die Bedarfsfrage stellt;*
- c. *wenig muttersprachliches bzw. deutsches Fachpersonal mit entsprechenden Kenntnissen in ambulanten Pflegediensten, wobei hier auch das vorher Gesagte hinsichtlich der Bedarfsfrage gilt; allerdings ist hier der Bedarf wahrscheinlich erheblich größer als bei der stationären Altenhilfe;*
- d. *zu wenig geeignetes Aufklärungs- und Informationsmaterial in den Herkunftssprachen der Migrantinnen und in für sie lesbaren und nachvollziehbaren Formen: d.h., vielfach reicht keine reine Übersetzung, sondern Sachverhalte müssten sinngemäß ‚übertragen‘ werden.<sup>37</sup>*

*„• Verständigungsprobleme führen zu einer rascheren und erhöhten Medikalisierung (differenzierte Anamnese und Versorgung erschwert)*

- Psychotherapie bedarf eines muttersprachlichen Angebotes*
- Es fehlen gezielte Angebote für traumatisierte Frauen*
- Kulturelle Unterschiede zwischen Behandelnden und Behandelten können zu Missverständnissen/Unverständnis führen (z.B. kulturell geprägt sind Schamgefühle, Körperwahrnehmung, Körperpflege, Wahrnehmung, Ausdruck von und Umgang mit Befindlichkeiten).“<sup>38</sup>*

*„• SpezialistInnen mit der entsprechenden Sprach- und Kulturkompetenz fehlen (TherapeutInnen, SuchtberaterInnen, KinderpsychiaterInnen).*

- Fehlende Selbsthilfegruppen in der entsprechenden Kulturgruppe.<sup>39</sup>*

*„• PsychologInnen, ÄrztInnen, Beratungsstellen, die Dienstleistungen in der Muttersprache anbieten können.*

- Fehlende interkulturelle Kompetenzen beim Fachpersonal.<sup>40</sup>*

*„Mangelndes Sprachverständnis, nicht ausreichende patientengerechte Erklärungen bei der ersten Generation, zum Teil auch bei der zweiten Generation.“<sup>41</sup>*

<sup>37</sup> Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Westliches Westfalen e.V., Dortmund

<sup>38</sup> Feministisches FrauenGesundheitsZentrum (FFGZ) Hagazussa e.V., Köln

<sup>39</sup> Caritasverband Hagen e.V.

<sup>40</sup> Caritasverband für die Regionen Aachen-Stadt und Aachen-Land e.V.

<sup>41</sup> Arbeiterwohlfahrt, Kreisverband Mönchengladbach e.V.

- „• *Erschreckend und hoch defizitär ist die Versorgung von illegalisierten Frauen, in unserem Bereich vor allem in Hinblick auf Verhütung und (ungewollte) Schwangerschaft. Präventiv werden sie kaum erreicht.*
- *Die sog. Arbeitsmigrantinnen finden wenig Zugang zu präventiven Leistungen und kommen überdurchschnittlich häufig im Falle ungewollter Schwangerschaften. Schwangerschaftsvorsorgeangebote und U-Untersuchungen werden im Vergleich zu Deutschen weniger wahrgenommen.*
- *Es gibt kaum kulturell und sprachlich angemessene Hilfsangebote für psychische Fragen wie Familien- bzw. Partnerschaftskonflikte und Erziehungsfragen.*
- *Besonders problematisch im Rahmen der Schwangerschaftskonfliktberatung sind sprachliche Verständigungsschwierigkeiten und das Fehlen von Übersetzerinnen.“<sup>42</sup>*

Defizite sind in allen genannten Bereichen zu verzeichnen: Es gibt zu wenig Fachkräfte - ambulant und stationär - mit interkultureller Fachkompetenz, um bereits in der Diagnostik und Behandlung Fehldiagnosen und -behandlungen aufgrund eines unterschiedlichen Gesundheitsverständnisses zu vermeiden. Zum Teil fehlt auch Sprachkompetenz. Des Weiteren lassen sich Defizite in der Aufklärung über das deutsche Gesundheitssystem feststellen, so dass die wenigen vorhandenen Möglichkeiten nicht niedrigschwellig genug und nicht leicht erreichbar sind. Dass Angebote geschlechtsspezifisch ausgerichtet sind, ist eher die Seltenheit. Migrantinnen-Selbsthilfeangebote im gesundheitlichen Bereich werden finanziell kaum unterstützt. Dabei nehmen gerade sie eine wichtige Mittlerposition zwischen traditionellem Verständnis (in der eigenen Familie gesundheitliche Probleme anzugehen) und öffentlichem Gesundheitswesen ein.<sup>43</sup>

Aus diesen Angaben wird deutlich, dass die Defizite in der Versorgung, die von ExpertInnen immer wieder angemerkt werden, auch in den Beratungsstellen vor Ort ähnlich eingeschätzt werden und hier auch dringender Handlungsbedarf gesehen wird.

Dies spiegelt sich auch in den Antworten auf die Frage „Sehen Sie **Präventions-/Interventionsmöglichkeiten bzw. -notwendigkeiten bezüglich der psychischen, psychosomatischen und psychosozialen Gesundheit von Migrantinnen?**“. Einige der Antworten werden nachfolgend im Wortlaut wiedergegeben:

- „• *Einrichtung von DolmetscherInnendiensten*
- *Zugang zur medizinischen Versorgung für Personen ohne Aufenthaltsstatus*
- *Verbesserung und Ausweitung der Therapiemöglichkeiten für traumatisierte Flüchtlinge*

<sup>42</sup> Pro Familia Bonn, Gesundheitsförderung für MigrantInnen

<sup>43</sup> Psychologische Frauenberatung e.V. Bielefeld



- *Therapieangebote für Flüchtlingskinder und unbegleitete minderjährige Flüchtlinge*
- *Verbesserung der Wohnsituation von Flüchtlingen*
- *Interkulturelle Öffnung der Gesundheitsdienste und Beratungsstellen*
- *Zusätzliche Beratungsangebote für Frauen ohne Aufenthaltsstatus*<sup>44</sup>
  
- *„z.B. Fortbildungs-/Schulungsangebote für niedergelassene ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen zum Umgang mit schwersttraumatisierten Flüchtlingen sowie für Krankenhäuser, Sozialpsychiatrische Zentren/Kliniken usw.*
- *Erstellung von muttersprachlichem Informationsmaterial zu bestimmten Krankheitsbildern, Behandlungsmöglichkeiten*
- *Initiierung von Selbsthilfegruppen für Migrantinnen*<sup>45</sup>
  
- *Schulung der Fachkräfte hinsichtlich PTBS*
- *mehr Möglichkeiten zur muttersprachlichen Therapie schaffen*
- *Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes*
- *Strukturen und finanzielle Hilfen für Illegalisierte schaffen, die psychologische/therapeutische Hilfe benötigen*<sup>46</sup>

*„Es ist notwendig, dass eine mögliche Traumatisierung bei Flüchtlingen frühzeitig erkannt wird. Dazu bedarf es einer Qualifizierung der MitarbeiterInnen in der Flüchtlingsarbeit, damit diese Betroffene frühzeitig an die Therapeuten zur Behandlung weiter vermitteln können. Um den Bedarf an Therapieplätzen decken zu können, müssen vermehrt Anstrengungen unternommen werden, TherapeutInnen für die Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen zu finden. ... Eine große Problematik in der praktischen Arbeit ist die Finanzierung der Therapie und des notwendigen Dolmetschers.“*<sup>47</sup>

*„Mütterspezifische Angebote im Bereich der Flüchtlingshilfen, Schulpflicht auch für Asylsuchende, um der fehlenden Alphabetisierung der Mädchen aus Flüchtlingsfamilien zu begegnen. Frauen- und mädchen-spezifische Angebote im Bereich der sexuellen Gesundheit und sexuellen Selbstbestimmung.“*<sup>48</sup>

*„Präventions- und Interventionsmöglichkeiten: Ja, den Bedarf sehen wir!*

- a. *Muttersprachliches bzw. deutsches Fachpersonal mit entsprechenden Kenntnissen in Erziehungsberatungsstellen, Gesundheitsberatungsstellen, u.a.m.*
- b. *Geeignetes Aufklärungs- und Informationsmaterial in den Herkunftssprachen der MigrantInnen und in für sie lesbaren und nachvollziehbaren Formen: d.h., vielfach reicht*

<sup>44</sup> Asyl- und Flüchtlingsberatung des Diakonischen Werkes des Kirchenkreises Jülich

<sup>45</sup> Therapiezentrum für Folteropfer, Caritas Flüchtlingsberatung Köln e.V.

<sup>46</sup> Flüchtlingsreferat des Informationszentrums Dritte Welt, Kirchenkreis Herne

<sup>47</sup> Malteser Werke gGmbH, Köln

<sup>48</sup> Kompetenzzentrum Humanitäre Hilfe der Fachhochschule Münster

*reicht keine reine Übersetzung, sondern Sachverhalten müsste sinngemäß ‚übertragen‘ werden.*

- c. *Einbeziehung des bestehenden Netzes von Beratungsstellen im Arbeitsfeld Migration: allein in NRW unterhalten die Wohlfahrtsverbände ein Netz von ca. 300 Beratungsstellen, die hier einbezogen werden könnten (soweit sie nicht bereits einbezogen sind) - allerdings können sie nicht zu DolmetscherInnendiensten herangezogen werden, da dies ausdrücklich nicht ihr Auftrag ist.*
- d. *Entwicklung von DolmetscherInnenpools mit fachsprachlicher Weiterbildung für das Gesundheitssystem: z.B. in Uni-Städten gemeinsam mit ausländischen StudentInnen.*
- e. *Entwicklung eines sog. ‚PatientInnenorientierten deutsch-türkischen Wörterbuchs, in dem fachsprachliche Begriffe nicht übersetzt sondern übertragen werden.‘<sup>49</sup>*

- „• *stärkere finanzielle Unterstützung von Migrantinnen-Selbsthilfeangeboten, -gruppen;*
- *transkulturelle Öffnung der psychosozialen/medizinischen Einrichtungen unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Ansätze;*
- *Curriculare Verankerung der Vermittlung von interkultureller und geschlechtsspezifischer Fachkompetenz in verschiedenen Fachbereichen;*
- *Im Rahmen der Gewaltschutzgesetzgebung ausreichende Kapazitäten im psychosozialen Bereich zur kurzfristigen Beratung und Begleitung von Migrantinnen, um Chronifizierungen der Symptomaten vorzubeugen;*
- *Information geschlechtsspezifisch schon bei der Einreise über Gesundheitssystem und Recht (Aufenthaltsrecht/Gewaltschutzgesetz).‘<sup>50</sup>*

In einer 1999 publizierten Veröffentlichung „Krank sein in der Fremde“ (Hrsg. Ghaeni) wurde eine Bestandaufnahme inner- und außerklinischer Projekte, Beratungsstellen und Einrichtungen vorgenommen, die sich speziell um eine Verbesserung der interkulturellen Situation bei der gesundheitlichen Versorgung bemühen. Lediglich zwei Projekte bzw. Institutionen sind davon in Nordrhein-Westfalen angesiedelt. Dabei handelt es sich zum einen um das Gesundheitszentrum für MigrantInnen in Köln.

Ziel des Gesundheitszentrums für MigrantInnen ist es, kultur- und sprachbedingte Zugangsbarrieren zu Gesundheits- und Sozialdiensten abzubauen, die interkulturelle Öffnung der Gesundheitsdienste zu fördern, Informationsdefiziten bei MigrantInnen über bestehende Angebote und der nicht ausreichenden psychosozialen Versorgung in den Bereichen der Psychiatrie, Geronto-

<sup>49</sup> Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Westliches Westfalen e.V., Dortmund

<sup>50</sup> Psychologische Frauenberatung e.V., Bielefeld

logie, Sucht, AIDS und Prostitution entgegenzuwirken, um damit die Integration von MigrantInnen in die Regelversorgung und -dienste voranzubringen.

Zu diesem Zweck bietet das Zentrum ein breitgefächertes Angebot:

- Information, Beratung und Betreuung der Betroffenen und ihrer Angehörigen in allen gesundheitlichen Fragen
- Ambulante Eingliederungshilfe nach §§ 39, 40 BSHG
- Vermittlung von ambulanten Hilfen, Beratung, Betreuung von MigrantInnen in stationären Einrichtungen und nach der Entlassung
- Koordination und Vernetzung der bestehenden Angebote für MigrantInnen
- Unterstützung bei der Gründung von Selbsthilfegruppen und Zusammenarbeit mit bestehenden Selbsthilfegruppen
- Gesundheitsfördernde Angebote in Vereinen, Initiativen, Moscheen, etc.

Daneben bietet das Zentrum für die professionellen Fachkräfte im Gesundheitswesen Fort- und Weiterbildungen an. Daran nehmen überwiegend Pflegepersonal und vereinzelt ÄrztInnen teil. Einige Veranstaltungen finden für einen begrenzten Bereich bzw. für kleinere Gruppen, statt, z.B. MitarbeiterInnen einer Station bzw. Abteilung oder TeilnehmerInnen einer Weiterbildung von der Gesundheitsakademie.

Zum anderen wird als modellhaft das monokulturelle Rehabilitationsangebot für türkische PatientInnen in der Internistisch-Psychosomatischen Fachklinik Hochsauerland angeführt. Hier stehen für die therapeutische Versorgung vier TherapeutInnen zur Verfügung (zwei ÄrztInnen, zwei PsychologInnen sowie zwei türkische Pflegekräfte). Die auf dieser Station zur Behandlung gelangende Klientel rekrutiert sich zu über 90% aus MigrantInnen der ersten Generation. Türkische MitbürgerInnen, die über eine gute Sprachkompetenz verfügen und im Gastland gut integriert sind, können auch auf deutschsprachigen Stationen betreut werden. Dies trifft in erster Linie für MigrantInnen der zweiten und dritten Generation zu, die zum größten Teil in Deutschland sozialisiert sind. Die spezifische Versorgungslage von MigrantInnen in der Rehabilitation, wie sie sich in Kapitel 3.2 dargestellt hat, findet sich in der Arbeit dieser Klinik wieder. Somatoforme Störungen und Depressionen dominieren das Geschehen, und Frauen stellen etwa zwei Drittel der PatientInnen. Ein frauenspezifischer Blickwinkel ist hierbei in den niedergelegten Dokumentationen des Konzeptes zwar nicht ersichtlich, angesichts der Struktur des Klientels ist jedoch davon auszugehen, dass ein solcher in der therapeutischen Arbeit am Einzelfall durchaus zur Geltung kommt. Das Rehabilitationskonzept beruht auf einem gruppenpsychotherapeutischen Ansatz und stellt primär auf die Vermittlung alternativer Erklärungsmuster bio-psycho-sozialer Zusammenhänge, die Steigerung der Selbstwirksamkeitserfahrung (beispielsweise über Entspannungsverfahren) und Konfliktbearbeitung im Sinne themenzentrierter Interaktionen

ab. Damit steht nicht zuletzt die Aktivierung von Selbstheilungskräften und Bewältigungsressourcen im Vordergrund, die aufgrund der häufig benannten Externalisierung von Krankheitsursachen durch nicht deutsche PatientInnen ein vielversprechendes Behandlungspotenzial darstellen (Rodewig 2000; o.V., o.J.)

Auch die Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik der Universität Essen bietet ein Konzept zur bilingualen und interkulturellen psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung türkischer Mitbürgerinnen und Mitbürger in Essen an. Hier besteht die Möglichkeit zur ambulanten wie auch stationären muttersprachlichen psychotherapeutischen Behandlung für türkische PatientInnen. Die Behandlungen sind, entgegen sonstiger Praxis, vollständig in das übliche Therapiekonzept der Klinik integriert, wobei bewusst nicht ein rein „türkisches“ Behandlungssetting vorgesehen ist. Dies wird durch das Angebot einer muttersprachlichen Einzeltherapie bei ansonsten deutschsprachigem Therapieangebot ermöglicht. Unter diesen Bedingungen ist die psychotherapeutische Behandlung auch für türkische Patientinnen ohne ausreichende deutsche Sprachkenntnisse realisiert. Von der Klinik werden zudem eine spezielle ambulante Gruppentherapie für türkische Frauen und eine psychosomatisch-psychotherapeutische Beratungsstätigkeit außerhalb der Klinik in Kooperation mit dem Institut für Stadtteilbezogene Sozialarbeit (ISSAB) im Stadtteil Katernberg angeboten. Darüber hinaus ist die Entwicklung eines Zentrums für interkulturelle Begegnung und Psychotherapie geplant.

Der Landschaftsverband Rheinland, zu dem das Klinikum Essen zählt, unterhält überdies einen interdisziplinären Arbeitskreis 'Migration und psychiatrische Versorgung', in dem aus jeder Klinik ein(e) VertreterIn des Pflegedienstes, des ärztlichen und therapeutischen Dienstes sowie ein(e) VertreterIn aus dem Rheinischen Institut für Fort- und Weiterbildung in der Psychiatrie beteiligt ist. Erkenntnisse und Erfahrungen werden diskutiert und neue Versorgungsstrategien (fremdsprachige Broschüren, Listen fremdsprachiger MitarbeiterInnen, Kurse etc.) werden entwickelt. Insgesamt wird jedoch selbstkritisch angemerkt, dass die interkulturellen Kompetenzen noch sehr ungleich auf die einzelnen Kliniken verteilt sind (Leidinger, von Brederode, 2000).

Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe unterhält zwei spezifische Versorgungsangebote für MigrantInnen. In der Westfälischen Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Warstein findet eine qualifizierte Drogenentzugsbehandlung auf Basis einer stationären Motivationsbehandlung statt, bei der Migrantinnen und Migranten spezifisch einbezogen werden. Besondere Beachtung findet hierbei die stationäre Entwöhnungsbehandlung für Suchtkranke aus Polen und den GUS-Staaten im Rahmen der Rehabilitation Alkohol- und Medikamentenabhängiger. Im Westfälischen Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Heilpädagogik in Hamm sowie in der Westfälischen Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in der Haard in Maarl-Sinsen gibt es zudem Angebote zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund.

## 5.6 Modelle und Angebote anderer Bundesländer

Um genaueres über die öffentlich geförderten Angebote zur psychischen Gesundheit von Migrantinnen zu erfahren, wurde ein Anschreiben an alle Gesundheitsministerien der Bundesländer gesandt mit der Bitte, Informationen über die Aktivitäten und Angebote in den jeweiligen Ländern zu übermitteln. Acht der angeschriebenen Behörden haben dieses Schreiben beantwortet (Bayern, Sachsen, Berlin, Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Hessen, Saarland und Sachsen-Anhalt).

Die Bundesländer Bayern, Baden-Württemberg und Sachsen teilten mit, dass spezifische Versorgungsangebote oder Modellprojekte in den Bereichen Beratung, Gesundheitsförderung, Prävention, Therapie und Rehabilitation von Migrantinnen nicht vorhanden bzw. dem Ministerium nicht bekannt sind.

Das Hessische Sozialministerium übersandte den Tätigkeitsbericht des Internationalen Familienzentrums e.V. aus Frankfurt am Main, das u.a. auch ein internationales Psychosoziales Zentrum unterhält, dessen Angebote sich an alle im Stadtgebiet Frankfurt/Main lebenden MigrantInnen richtet, die allgemeine psychische Störungen, psychosoziale Probleme, psychosomatische Beschwerden oder chronisch psychische Krankheiten haben. Die Arbeit des Zentrums besteht aus vier Bereichen:

- psychosoziale Versorgung von AsylbewerberInnen,
- betreutes Wohnen,
- ambulante psychosoziale Versorgung von AsylbewerberInnen,
- internationale Tagesstätte/Begegnungsstätte.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Zentrums arbeiten interkulturell und interdisziplinär.

Abgesehen von diesen Informationen ist in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Frankfurt a.M. ein Verbundprojekt zwischen muttersprachlichen externen und deutschen internen TherapeutInnen etabliert worden, welches türkischen MigrantInnen eine kultursensible Therapiemöglichkeit bietet (Grube, 2001). Ein weiteres Projekt ist in der Parkland-Klinik in Bad Wildungen ansässig. Hier erhalten türkische und griechische MigrantInnen mit Entwurzelungsdepressionen und Somatisierungsstörungen eine Rehabilitation, die ihre spezifische Situation berücksichtigt.

Das Land Thüringen sandte uns einen Auszug aus dem Thüringer Flüchtlingsbericht sowie die Stellungnahme der Ausländerbeauftragten des Landes dazu: Hieraus geht hervor, dass, obwohl von z.T. massiven psychischen Problemen der Asylbewerber gesprochen wird, es in dem Bun-

desland kein Behandlungszentrum für traumatisierte AusländerInnen und auch kein ethnomedizinisches Zentrum gibt. Die einzige Behandlungsmöglichkeit für die Betroffenen ist es, die Angebote anderer Bundesländer (z.B. Berliner Zentrum für Folteropfer) wahrzunehmen.

Im Saarland wird der Verein Therapie Interkulturell e.V. gefördert, der sich überwiegend mit durch Gewalterfahrung traumatisierten ausländischen Frauen befasst. Therapie Interkulturell e.V. hat über seine Beratungsstelle „Frauen für Frauen“ Psychotherapeutinnen und muttersprachliche Dolmetscherinnen eingesetzt, die den von Gewalt betroffenen Frauen die Möglichkeit geben, im geschützten Raum in ihrer Muttersprache über ihre belastenden Erlebnisse sprechen zu können. Eine Aufgabe von Therapie Interkulturell e.V. ist es festzustellen, ob eine Traumatisierung, d.h. eine posttraumatische Belastungsstörung im Einzelfall vorliegt und welche psychotherapeutischen Hilfemaßnahmen notwendig sind, sowie deren Begutachtung und Attestierung für Behörden. Darüber hinaus führen sie psychotherapeutische Kriseninterventionen durch, die in diesen Fällen fast immer bis zur Aufnahme einer Langzeittherapie notwendig sind. Des Weiteren werden von dem Verein muttersprachliche Dolmetscherinnen in medizinischen, psychotherapeutischen, sozial- und ausländerrechtlichen Fragen fortgebildet und dafür sensibilisiert, den meist deutschen Psychotherapeutinnen die kulturellen Hintergründe der von Gewalt betroffenen Frauen zu vermitteln. Von den Dolmetscherinnen wird die soziale Beratung z.B. in Fragen zur Wohnung, Sozialhilfe oder Arbeitsaufnahme und Gesundheit übernommen bzw. für eine Weitervermittlung an spezialisierte Beratungseinrichtungen gesorgt.

In Sachsen-Anhalt existiert eine Reihe von Projekten, die sich der psychischen Gesundheit von Migrantinnen ausschließlich oder neben anderen Zielgruppen auch widmen. In erster Linie sind zu erwähnen:

#### *Psychosoziales Zentrum*

In Trägerschaft der Stadtmission e.V. Magdeburg betreibt das Land ein psychosoziales Zentrum, in dem eine Psychologin arbeitet. Sie widmet sich besonders schwerwiegenden Fällen traumatisierter Flüchtlinge durch Therapie oder Gutachten, die im Rahmen von Asylverfahren erforderlich sind. Sie berät in migrantInnenspezifischen Gesundheitsfragen. Ihre Stelle wird vom Ausländerbeauftragten des Landes, dem Innenministerium und aus Eigenmitteln des Trägers finanziert. Sie behandelt Frauen, Kinder und Männer gleichermaßen.

#### *Frauenflüchtlingshaus*

In Trägerschaft des Eine-Welt-Hauses Halle betreibt das Land eine spezifische Unterbringung für alleinreisende Flüchtlingsfrauen, eventuell mit ihren Kindern, wenn diese traumatisiert sind. Sie sollen der belastenden Situation einer Unterbringung in einer Gemeinschaftsunterkunft nicht ausgesetzt werden. Vielfach können sie während ihres Aufenthaltes dort auch in medizinische Behandlung vermittelt werden. Dazu hat die Leiterin des Frauenflüchtlingshauses Kontakt zu Ärztinnen und Ärzten aufgebaut, die sich insbesondere diesen Migrantinnen widmen. Meist sind dies Ärztinnen und Ärzte, die selbst einen Migrationshintergrund haben und deshalb die

Sprachbarriere überwinden können. Schwierigkeiten bestehen nämlich stets dann, wenn das Sozialamt rechtswidrig keine Dolmetscherin bzw. keinen Dolmetscher bezahlt und die Frauen ohne SprachmittlerIn zur Ärztin bzw. zum Arzt gehen muss.

*Beratung im Rahmen des Landesaufnahmegesetzes*

Gesetzlich festgeschrieben ist im Land Sachsen-Anhalt eine Beratungsstelle pro Kreis für alle Belange von Migrantinnen und Migranten. Die Beratung bezieht sich auch, aber nicht nur auf Gesundheitsfragen. Von dort werden auch Ärztinnen bzw. Ärzte vermittelt, die sich Migrantinnen besonders widmen. Stets besteht das Problem der Sprachbarriere und der migrantinnenspezifischen inhaltlichen Probleme, insbesondere bei muslimischen Frauen.

In Sachsen-Anhalt befinden sich ständig fast 50% aller MigrantInnen in der unmittelbaren Aufnahme phase. Weil hier die Arbeitsmarktlage sehr schlecht ist, verlassen AusländerInnen, sobald es ihnen nach der Residenzpflicht erlaubt ist, das Land wieder. Mangels Arbeitsplätzen gibt es keine MigrantInnen mit Daueraufenthalt, sondern fast nur Flüchtlinge und einige ehemalige DDR-VertragsarbeiterInnen mit ihren (nachgezogenen) Familienangehörigen. Fluktuationsbedingt ist die Verständigung mit den MigrantInnen schwer, es lässt sich nur selten ein Vertrauensverhältnis aufbauen.

*Betreuung von Abschiebehäftlingen*

Das Land fördert die Stelle einer(s) PsychologIn, die in der Abschiebehäft versucht, Menschen psychisch zu stabilisieren. Hier handelt es sich überwiegend um Männer.

*Beratungsstelle für Opfer von Menschenhandel*

Das Land fördert die Stellen zweier Psychologinnen bzw. Sozialarbeiterinnen, die sich den Opfern von Menschenhandel, vorrangig verschleppte und zur Prostitution gezwungene Frauen, widmen. Hier wird psychische Erstberatung und Stabilisierung in Gesprächen angeboten, Therapie im Sinne einer Psychotherapie zur endgültigen Überwindung von Traumata kann nicht geschehen.

*Diverse Projekte für Migrantinnen*

Mehr der Begegnung als der Gesundheitsförderung und damit aber sicherlich mittelbar auch der Gesunderhaltung im präventiven Sinne dienen die vielen Projekte, die sich speziell an Migrantinnen wenden. Hier kommen Frauen aus verwandten Kulturkreisen mit Deutschen zusammen und pflegen die Heimatkultur im Interesse ihrer Integration in die neue Heimat, die ihnen die Sicherheit geben muss, ihre Identität zu wahren, und sie in dieser Sicherheit den Weg in die neue Heimat finden können.

Im Land Mecklenburg-Vorpommern nimmt in der Region Vorpommern das Psychosoziale Zentrum für MigrantInnen in Vorpommern e.V. (PSZ e.V.) u.a. die psychosoziale Beratung und Begleitung von MigrantInnen wahr. Das PSZ e.V. arbeitet eng mit den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie in Stralsund und Vorpommern sowie bundesweit mit Zentren zusammen, die sich auf die Behandlung von MigrantInnen spezialisiert haben (z.B. „exilio“ – Zentrum zur Behandlung von Folteropfern e.V. Lindau). Über das PSZ in Vorpommern wurden in der Vergangenheit immer wieder MigrantInnen in diese Zentren vermittelt.

Landesmodelle zur genannten Thematik sowie eine Beteiligung an Bundesmodellen diesbezüglich gibt es nicht.

Die Senatsverwaltung für Gesundheitsschutz, Soziales und Verbraucherschutz Berlin übersandte einen Auszug aus dem „Bericht zur Integrations- und Ausländerpolitik in Berlin 2000“, in dem der aktuelle Stand und die Probleme bezüglich der interkulturellen Ausrichtung der Berliner Verwaltung und der sozialen Dienste beschrieben und diskutiert werden. Aus dem Bericht wird u.a. deutlich, dass die interkulturelle Ausrichtung der Verwaltung zwar als Notwendigkeit erkannt ist, aber nur gelingen kann, wenn sie auch auf der Leitungsebene gewollt, planerisch und organisatorisch systematisch in die Wege geleitet wird. Dies ist in den Berliner Bezirksamtern bisher nur ausnahmsweise der Fall. Von den Dienststellen wird Interkulturalität nicht explizit als Führungsaufgabe angesehen.



Abgesehen von den Projekten, die uns von den Landesgesundheitsministerien gemeldet werden, gibt es eine Reihe z.T. vorbildlicher Projekte im klinischen und ambulanten Bereich, die auf die Verbesserung der psychischen Beratung, Behandlung und Therapie von MigrantInnen abzielen. Eine Auflistung und Beschreibung der Arbeitsschwerpunkte (ohne Anspruch auf Vollständigkeit) dieser Projekte und Institutionen ist in dem Band „Krank in der Fremde“ (Ghaeni, 1999) aufgeführt. Diese Modellprojekte sollen an dieser Stelle nicht weiter beschrieben werden, da dies den Rahmen der Expertise sprengen würde. Beispielhaft sollen für verschiedene Bereiche einige Modelle benannt werden:

- **Vernetzung:** Interkulturelles Gesundheitsnetzwerk Berlin
- **Interkulturelle Kommunikation:** Zentrum für Interkulturelle Kommunikation im Frauenzentrum Bockenheim (Frankfurt a.M.)
- **Pflege:** Transkultureller Pflegedienst Hannover
- **Frauenspezifische Gesundheitsberatung:** Donna Mobile, München
- **DolmetscherInnendienste:** Interner Dolmetscherdienst (Kliniken der Johann-Wolfgang-v.Goethe-Universität Frankfurt sowie Städtisches Krankenhaus München-Schwabing, Dolmetscherdienst des Ethnomedizinischen Zentrums Hannover)
- **Psychiatrie:** Verbundprojekt zur Behandlung psychisch erkrankter MigrantInnen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Frankfurt-Höchst, psychiatrische Versorgung von PatientInnen türkischer Herkunft in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Marburg-Süd.

## **6. Analyse von Defiziten**

Die nachfolgend dargestellte Analyse von Defiziten basiert auf den in den vorherigen Kapiteln dargestellten Auswertungen und Ergebnissen. Zudem wurde die Defizitanalyse sowohl mit den TeilnehmerInnen der Round-Table-Gespräche abgestimmt als auch mit einem weiteren Kreis von ExpertInnen, die größtenteils dem „Bundesweiten Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit“ der Integrationsbeauftragten der Bundesregierung angehören, rückgekoppelt.

### **6.1 Forschung/Forschungsförderung: Migrationsforschung mit geschlechtersensibler Perspektive**

Untersuchungen, die sich mit äthiologischen Faktoren befassen, also die Ursache für psychische Störungen in einem Kulturkonflikt oder in der Diskriminierung suchen und finden, stellen, sofern sie auf Inanspruchnahmepopulationen beruhen, nichts anderes als wissenschaftliche Artefakte dar (post-hoc-Erklärungen). Die deutschsprachige Migrationsliteratur, die generalisierende Aussagen basierend auf sehr kleinen Fallzahlen bzw. Einzelfallanalysen anstellt, bzw. lediglich Inanspruchnahmepopulationen untersucht und keine Vergleiche mit einer parallelisierten Stichprobe anstellt, ist leider recht umfangreich und wenig hilfreich bezüglich der Entwicklung von Präventions- und Versorgungsangeboten für Migrantinnen, die deren Bedürfnissen gerecht werden. Wesentlich seltener dagegen sind methodisch fundierte Studien, die mit randomisierten Stichproben arbeiten, Vergleiche zu einer (nach Geschlecht, Alter, Schicht, Familienkonstellation etc.) parallelisierten deutschen Stichprobe anstellen, mit validierten Instrumenten und sprachlich sowie kulturell kompetenten DiagnostikerInnen arbeiten und gegebenenfalls zusätzlich in multivariaten Analysen den Einfluss anderer Variablen im Vergleich zu den migrationsspezifischen Faktoren prüfen. Hier gibt es einen erheblichen Forschungsbedarf, um verlässliche Kennziffern zur tatsächlichen Prävalenz und Inzidenz psychischer und psychosomatischer Belastungen bei Migrantinnen zu erhalten.

Auch hinsichtlich der gesundheitlichen Versorgungsqualität für Migrantinnen im deutschen Gesundheitswesen besteht ein erhebliches Forschungsdefizit. In der Vergangenheit waren weder Migration und Gesundheit noch Migration und psychische Gesundheit ein Thema, dem in der Forschungsförderung Beachtung geschenkt wurde. Zudem ist eine frauenspezifische oder besser gesagt geschlechtsspezifische Sichtweise in der Migrationsforschung noch nicht verankert, so dass hier erheblicher Nachholbedarf besteht. Grundsätzlich ist bei allen Forschungsvorhaben auf die Einhaltung der partizipatorischen Grundsätze (d.h. Beteiligung der Zielgruppe in allen Phasen der Untersuchung) zu achten. Des weiteren ist in Zukunft darauf zu achten, dass Migrantinnen und Migranten in alle repräsentativen Gesundheitssurveys grundsätzlich mit einbezogen werden. Hierbei ist insbesondere die Stichprobenziehung wichtig, ggf. muss eine überproportionale Stichprobe gezogen werden, damit auswertbare Fallzahlen zustande kommen.

So ist beispielsweise die MigrantInnenstichprobe des Bundesgesundheits surveys nicht repräsentativ für die in Deutschland lebenden Migrantinnen und Migranten.

Mängel bzw. gravierende Lücken gibt es nicht nur hinsichtlich des Erkenntnisstandes zu Inzidenz und Prävalenz (im Vergleich zur Majoritätsethnie), sondern vor allem auch hinsichtlich verschiedener Aspekte der Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Dienste sowie präventiver Maßnahmen. Die häufig in der Literatur konstatierte Unterinanspruchnahme scheint sich zu nivellieren, sobald die Angebote (d.h. Regeldienste) sich personell und strukturell auf die Bedarfe der MigrantInnen einstellen (siehe auch Kapitel 4.6).

Bei der Forschungsförderung sollte generell stärker darauf geachtet werden, dass nicht nur gender mainstreaming, sondern auch „cultural mainstreaming“ Eingang in die Konzepte und Projekte findet.

## **6.2 Gesundheitsberichterstattung (GBE)**

Das Thema Migration und Gesundheit hält nur langsam Einzug in die Gesundheitsberichterstattung. Auch hier gibt es erheblichen Nachholbedarf. Was die Gesundheitsberichterstattung des Bundes angeht, so ist im vergangenen Jahr vom Robert-Koch-Institut eine Expertise zur gesundheitlichen Lage der Migrantinnen und Migranten in Deutschland in Auftrag gegeben worden, die aber bisher noch nicht veröffentlicht wurde. Nordrhein-Westfalen ist das einzige Bundesland, das einen allgemeinen Bericht zur Gesundheit von ZuwanderInnen veröffentlicht hat, der aber auch nur wenige geschlechtsspezifische Analysen enthält und in seiner Aussagekraft bezüglich psychischer Gesundheit begrenzt ist (s. Abschnitt 3.1).

In seiner Expertise zu „Gesundheitsberichterstattung für Migranten in Deutschland“, die im Auftrag des Robert-Koch-Instituts erstellt wurde, führt Razum (2000) folgende Gründe für die Notwendigkeit einer Gesundheitsberichterstattung für MigrantInnen bzw. ausländische StaatsbürgerInnen in Deutschland an:

- der beträchtliche Bevölkerungsanteil und die steigende Aufenthaltsdauer der hier ansässigen Menschen ausländischer Nationalität
- die zunehmende Bedeutung hier ansässiger AusländerInnen als NutzerInnen der Gesundheitsdienste, einerseits aufgrund eines möglicherweise erhöhten Gesundheitsrisikos, andererseits durch die steigende Zahl von Personen in den mittleren und höheren Altersgruppen
- zum Erkennen und Abbau von Zugangsbarrieren für MigrantInnen in bestehenden Gesundheits- und Sozialdiensten

- zur Klärung der Notwendigkeit und Art gezielter präventiver Interventionen unter den in Deutschland lebenden AusländerInnen
- eine veränderte klinische Praxis durch ein anderes Krankheitsspektrum unter Flüchtlingen und MigrantInnen
- zur Abschätzung spezifischer gesundheitlicher Gefährdung von ausländischen ArbeitnehmerInnen am Arbeitsplatz

Auf die Problematik der Definition „Migrantin“ ist bereits im Abschnitt 1 hingewiesen worden. Prinzipiell ist eine spezifische Gesundheitsberichterstattung für MigrantInnen auch kontrovers diskutiert worden, da hierdurch eventuell der Boden für eine Diskriminierung der MigrantInnen bereitet werden könnte. Generell gibt es nach Razum (2000) auf die Frage, ob MigrantInnen in der GBE gesondert ausgewiesen werden sollen, zwei Optionen:

*Option 1:*

„MigrantInnen“ werden in der GBE gesondert ausgewiesen, unter der Überlegung, dass sie eine Minorität sind und daher besondere Aufmerksamkeit benötigen. Zur Umsetzung wäre mittelfristig die routinemäßige Aufnahme des Geburtslandes und möglichst auch der Geburtsländer beider Elternteile in Bevölkerungsstatistik, Todesursachenstatistik, Register von Krankheitsfällen etc. erfordern. Kurzfristig sollten in allen vorhandenen Registersystemen eine vollständige Erfassung von Nationalität angestrebt und die Möglichkeit einer Datenauswertung nach diesem Kriterium datenschutzrechtlich abgesichert werden.

*Option 2:*

Alternativ könnte man die Migranten nicht gesondert ausweisen, sondern in die deutschstämmige Bevölkerung mit vergleichbarem sozio-ökonomischen Status einschließen. Dafür spricht, dass gesundheitliche Unterschiede erfahrungsgemäß besonders stark durch sozio-ökonomischen Status determiniert sind. Entscheidet man sich gegen ein gesondertes Ausweisen von MigrantInnen in der GBE, dann sollte dies zum Anlass genommen werden, in weitaus stärkerem Maße als bisher in der GBE nach sozio-ökonomischem Status zu stratifizieren. Ziel sollte dabei sein, die gesundheitlichen Folgen von sozialer und ökonomischer Ungleichheit in Deutschland sichtbar zu machen. In dieser Hinsicht bestehen Defizite in der GBE, unabhängig von ihrer Ausrichtung auf Deutsche oder MigrantInnen.

Ein eklatanter Mangel besteht hinsichtlich einer Gruppe von MigrantInnen, die als besonders gesundheitlich belastet bzw. gefährdet anzusehen sind, nämlich Flüchtlinge, AsylbewerberInnen und Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Diese Gruppen werden in der GBE entweder komplett vernachlässigt oder nur in unzureichender Form berücksichtigt.

Da Gesundheitsberichterstattung für MigrantInnen in Deutschland nicht gängige Praxis ist, Methoden und eventuelle Schwierigkeiten jedoch bekannt sind, bedarf es hier letztendlich auch

des entsprechenden politischen Willens, dies in die Praxis umzusetzen und somit die Basis für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung zu schaffen.

### 6.3 Psychosoziale/psychiatrische Versorgung

Die Defizite psychologischer, psychosomatischer, psychotherapeutischer und psychiatrischer Versorgung, Betreuung und Beratung von Migrantinnen und Migranten sind offensichtlich. Besonders in den Bereichen Psychiatrie, psychosoziale Beratung und Psychotherapie kommt es sehr darauf an, dass die InteraktionspartnerInnen miteinander sprechen und sich verstehen können. Für die BeraterInnen/BehandlerInnen ist es fundamental wichtig, die Symbolsprache zu verstehen und zu deuten. Dies bedeutet (übrigens auch für MigrantInnen der zweiten und dritten Generation), dass die Verständigung durch kulturell und sprachlich kompetentes Fachpersonal gewährleistet sein muss. Wenn das nicht der Fall ist, müssen DolmetscherInnen in Anspruch genommen werden, die entsprechend geschult sind. Wie in Kapitel 5 hinreichend beschrieben, gibt es in allen Bereichen der Versorgung einen eklatanten Mangel an Fachkräften. Dies gilt sowohl für niedergelassene Ärztinnen bzw. Ärzte (PsychiaterInnen, NeurologInnen und ÄrztInnen mit Zusatzausbildung Psychotherapie) als auch für niedergelassene psychologische PsychotherapeutInnen (obwohl für diesen Bereich z.Zt. keine exakten Daten von der im Aufbau befindlichen Psychotherapeutenkammer zu erhalten sind). Diese Unterversorgung im ambulanten Bereich ist z.T. mitbedingt durch die Zulassungsregelungen (s. Abschnitt 5.2). Grundsätzlich ist es so, dass sich nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes die Versorgungssituation für psychisch kranke MigrantInnen eher verschlechtert hat, da danach einige PsychotherapeutInnen, die Migrantinnen und Migranten behandelt haben, keine Kassenzulassung bekommen haben.

*„Das Psychotherapeutengesetz hat die Versorgungssituation der MigrantInnen erneut verschlechtert, weil dieses Gesetz - neben dem Vorteil, den dieses Gesetz für die PsychotherapeutInnen gebracht hat - für die Versorgung der Migrantinnen und Migranten ein enormer Rückschlag war. Weil viele Kolleginnen und Kollegen, die bis dahin als Niedergelassene (Kosten-Erstattungsverfahren usw.) gearbeitet haben, durften nun nicht mehr arbeiten, so dass wir in Köln nur noch 2½ Kolleginnen – Psychotherapeuten - im Niederlassungsbereich haben. Das ist ein großer Rückschritt.“...*

Auch im Bereich der stationären Versorgung (d.h. psychiatrische Fachkrankenhäuser, psychosomatische Kliniken, psychiatrische Tageskliniken, Fachkliniken für Suchtkranke, geriatrische Abteilungen, Fachkliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie) gibt es nur sehr wenige Einrichtungen, die sich personell und konzeptionell auf die Behandlung und Betreuung ethnischer Minderheiten eingestellt haben. Auch hier gibt es einen offensichtlichen Mangel an sprachlich und kulturell kompetenten Fachkräften in allen Bereichen, so dass eine qualitativ angemessene Behandlung von MigrantInnen nur für einen kleinen Teil der Betroffenen angeboten werden

kann. Dies trifft Migrantinnen insbesondere, da Frauen generell häufiger wegen psychischer Erkrankungen behandlungsbedürftig sind.

Der Mangel an Fachkräften im stationären Bereich ist darauf zurückzuführen, dass es bisher nur wenig Bewusstsein bei den EntscheidungsträgerInnen für die spezifischen Bedürfnisse von MigrantInnen gibt und versucht wird, diese „irgendwie“ in der Regelversorgung mitzubehandeln. Bei den Stellenausschreibungen findet in fast allen Fällen der Aspekt der sprachlichen und kulturellen Kompetenz keine Berücksichtigung. Aber selbst wenn diese Kompetenzen bei den Stellenbesetzungen berücksichtigt würden, gäbe es dennoch (wenn auch nicht mehr in dem gravierenden Ausmaß wie jetzt) einen Fachkräftemangel, da es bisher noch zu wenig gut ausgebildete MigrantInnen auf dem Arbeitsmarkt gibt, die sich für diese Arbeitsbereiche interessieren. Hier ist sicherlich auch bildungspolitisch noch Nachholbedarf. Eine weitere Möglichkeit, den Fachkräftemangel zumindest teilweise zu verringern, ist der Zuzug von Fachkräften aus dem Ausland. Dieser wird aber durch bürokratische Hindernisse, wie die Nicht-Anerkennung von Abschlüssen und die Forderung, Prüfungen zu wiederholen, vor allem dann erschwert, wenn die BewerberIn nicht aus einem der Länder des Europäischen Wirtschaftsraumes stammt.

Es bleibt anzumerken, dass die Anwesenheit von sprachlich und kulturell kompetenten MitarbeiterInnen allein nicht ausreichend ist, wenn nicht die Institutionen insgesamt ein Konzept der interkulturellen Öffnung von der Leitungsebene aus umsetzen. Um dies zu erreichen, sind, wie schon an anderer Stelle erwähnt, politische Vorgaben vonnöten, d.h. verbindliche Kriterien zur Interkulturalität in der gesundheitlichen Versorgung.

Ein Aspekt, der in dem vorliegenden Bericht nur marginal berührt wurde, ist der der Altenhilfe und Altenpflege. In diesem Bereich, und hier insbesondere auch im Bereich der gerontopsychiatrischen Versorgung, wird es in nächster Zukunft einen erheblichen Bedarf an kulturspezifischen Angeboten geben müssen, da die erste Generation der ArbeitsmigrantInnen jetzt ins Rentenalter kommt bzw. schon berentet ist und die Rückkehrwünsche meist doch nicht realisiert werden können, da die Familienangehörigen weiterhin in Deutschland leben. Die diesbezüglichen Versorgungseinrichtungen sind kaum bis überhaupt nicht auf die spezifischen Bedürfnisse älterer MigrantInnen vorbereitet, so dass auch hier mit erheblichen Versorgungsdefiziten zu rechnen ist.

Diejenigen stationären psychiatrischen Einrichtungen, die sich auf die Versorgung ethnischer Minderheiten eingestellt haben, berichten auch von einer Inanspruchnahme durch die MigrantInnen, die ihrem Bevölkerungsanteil in der jeweiligen Region entsprechen.

Der Fachkräftemangel zieht sich wie ein roter Faden durch alle Bereiche der gesundheitlichen Versorgung und ist auch im Bereich der komplementären Dienste offensichtlich (d.h. Ehe-, Familien- und Erziehungsberatungsstellen, Drogenberatungsstellen, Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen etc.). Folgendes Beispiel aus unserem Fachgespräch illustriert die Situation:

*„Wir haben sehr gut organisierte Drogenberatungsstellen in Köln. Von der Diakonie, von der Stadt, vom Caritas-Verband. Und trotzdem gibt es in Istanbul eine Suchtklinik und diese Klinik wirbt in Deutschland. Ich habe mit dem Leiter dieser Klinik gesprochen und er hat gesagt, sie bekommen von April bis September eines Jahres durchschnittlich 60 türkischsprachige KlientInnen [aus Deutschland]. Die drogenabhängigen Klienten gehen dorthin, zahlen 2.500 bis 3.500 € und lassen sich dort zwei bis drei Wochen behandeln. Also ich frage mich, warum? Wo hakt es, dass unsere Drogenberatungsstellen, unsere Familienberatungsstellen nicht in der Lage sind diese Menschen zu versorgen? Und der am häufigsten genannte Grund, der angegeben wird, warum die Drogenabhängigen dahin gehen, ist: ‚Ich fühle mich dort verstanden.‘ Damit meinen diese Menschen nicht nur die Sprache, sondern auch das Kulturelle. ... Nein, wir wollen auch keine spezifischen Dienste, wir wollen problemspezifische Lösungsansätze.“*

Diese zurecht geforderten problemspezifischen Lösungsansätze und generell die Forderungen und Vorschläge zur Verbesserung der Versorgungssituation von Migrantinnen und Migranten sind nicht neu, häufig wiederholt und eingefordert worden, aber an der mangelhaften Versorgungslage hat sich bisher nur punktuell etwas zum Besseren gewandelt. Hier ist offensichtlich ein deutlich artikulierter politischer Wille vonnöten. Bei allen EntscheidungsträgerInnen bedarf es einer stärkeren Sensibilisierung für ethnomedizinische Themen. Obwohl die Probleme und Schwierigkeiten alltäglich und hinlänglich bekannt sind, sind kaum Ansätze hin zu strukturellen Veränderungen auszumachen. Hilfreich wäre ohne Zweifel, wenn dafür gesetzliche Grundlagen und verbindliche Kriterien geschaffen werden. Zur Zeit gibt es keinerlei verbindliche Kriterien für Interkulturalität in den Institutionen der gesundheitlichen Versorgung, weder in Nordrhein-Westfalen noch in anderen Bundesländern, und interkulturelle Aspekte werden bisher nicht im Qualitätsmanagement berücksichtigt. Hier besteht erheblicher Nachholbedarf.

Grundlagen für solche Entscheidungen könnten Checklisten zur interkulturellen Öffnung von Institutionen sein (u.a. Borde, 2001; Filzinger, 1995; Ünal, 2002, persönliche Mitteilung), die sehr gut die Kompetenzen und Möglichkeiten verschiedener Institutionen im Hinblick auf die Versorgung ethnischer Minderheiten überprüfbar machen. Es wäre wünschenswert, dass derlei interkulturelle Überprüfung der Gesundheitsangebote auch tatsächlich in der Praxis erfolgt, um sich ein klareres Bild über die Kapazitäten und Mängel machen zu können.

#### **6.4 Aus-, Fort- und Weiterbildung**

Seit vielen Jahren wird von ExpertInnen immer wieder gefordert, dass inter- und transkulturelle Themen in den Curricula der Lehrinstitute aller Berufsgruppen der gesundheitlichen Versorgung und der komplementären Dienste obligatorisch verankert werden sollten. Dies ist bis heute nicht geschehen. Zwar gibt es einige Hochschulen, die Angebote für StudentInnen oder auch berufsbegleitende Weiterbildung anbieten (z.B. die Evangelische Fachhochschule Hannover hat ein

hervorragendes Curriculum für die berufsbegleitende Weiterbildung/Zusatzqualifikation zu interkultureller Kompetenz im Gesundheits- und Sozialwesen erarbeitet, und die Hochschule Bremen hat Angebote zur kultursensiblen Pflege), aber von einer festen Verankerung von Ethnomedizin und Interkulturalität in den Gesundheitsberufen ist man noch weit entfernt.

Auch müssen weit mehr Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für MitarbeiterInnen in den psychotherapeutischen, psychosozialen und sozialpädagogischen Berufen angeboten werden, die bereits mit MigrantInnen arbeiten bzw. arbeiten wollen, um deren interkulturelle Kompetenzen zu fördern und für die Zielgruppe nutzbar zu machen. Bei allen Angeboten zur beruflichen Qualifikation sollte auf entsprechende Zertifizierung und Einhaltung von Qualitätsstandards geachtet werden.

## **6.5 Prävention und Selbsthilfe**

Was den Bereich Prävention durch (schriftliche) Information betrifft, so ist zu beobachten, dass die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mehr als in der Vergangenheit darauf achtet, dass Materialien zur Gesundheitsbildung und -aufklärung außer auf Deutsch auch in anderen Sprachen vorgehalten werden. Jedoch handelt es sich in fast allen Fällen um Übersetzungen von Materialien, die für die deutsche Bevölkerung entwickelt worden sind und nicht die spezifischen Hintergründe der MigrantInnenpopulation berücksichtigen. Lediglich im Bereich HIV-Prävention liegen drei zielgruppenspezifische Broschüren vor, die speziell für die türkische Bevölkerung entwickelt worden sind, sowie fünf, jeweils zweisprachige Informationsschriften zum Thema Schwangerschaft. Für den Bereich seelische Gesundheit ist nur eine Broschüre zu Suchtursachen und Suchtvorbeugung („Kinder stark machen“) in den Sprachen Französisch, und Englisch vorhanden. Da hinlänglich bekannt ist, dass die Suchtproblematik vor allem bei MigrantInnen aus den früheren Ostblockstaaten prävalent ist, wäre zumindest eine Schrift in russischer Sprache wünschenswert und, angesichts des Bevölkerungsanteils, ebenfalls auf türkisch. Des weiteren wurde ein Themenheft veröffentlicht, das die Situation von Sexualaufklärung und Familienplanung im interkulturellen Prozess analysiert. Auch die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren hält Informationsmaterial in verschiedenen Sprachen vor. Anzumerken ist ebenfalls, dass mit schriftlichen Materialien nur ein sehr begrenzter Rahmen von präventiven Möglichkeiten abgedeckt wird.

Fasst man den Präventionsbegriff weiter, so wäre z.B. denkbar und wünschenswert, dass es für Migrantinnen Informationen über die Angebote des Gesundheitswesens gibt, die sprachlich und/oder soziokulturell auf nicht deutsche Klientel eingestellt sind. Nur einige wenige Kommunen (z.B. Aachen, Bonn und Köln) bieten einen „Gesundheitswegweiser für Migranten“ an, in dem z.B. auch die sprachkompetenten PsychotherapeutInnen, Ärztinnen bzw. Ärzte und Beratungsstellen aufgelistet sind.



Die Prävention psychischer und psychosozialer Probleme von Migrantinnen kann aber auch schon sehr viel früher und allgemeiner ansetzen, nämlich dann, wenn es um die Förderung bzw. Unterstützung von Individualisierungsschritten und/oder die Diskussion der kulturellen Identität geht. Dieser Ansatz ist auch Thema des ersten Fachgesprächs gewesen, und die Positionen der ExpertInnen geben die folgenden Zitate wieder:

*„Was ich auch sehr wichtig finde neben der medizinischen Versorgung, sind die komplementären Einrichtungen. Sozialdienste z.B. oder einfach Frauenarbeit, dass es Gruppen für Frauen gibt, wo sie teilweise Deutsch lernen, wo sie ihre Kinder mitbringen können, wo einfach ein Gemeinschaftssinn entstehen kann, wo Kontakte außerhalb der Familie möglich sind. Ich denke, diese Individualisierungsschritte sind möglich. Das ist ja auch in der Türkei möglich gewesen. Wo sie in einem ganz neuen Umfeld sind, müssen sie sich zunächst einmal zurecht finden, und es reicht nicht eine Psychotherapie und eine Einzelsitzung zu haben, man braucht auch sehr viele Gruppenmöglichkeiten. Da würde ich eher Mädchen- und Frauengruppen sehr unterstützen.“*

Das Ziel der Emanzipation von Migrantinnen sollte jedoch nicht mißverstanden werden als Angleichung an die westliche Individualität, sondern sollte für die Frauen eine Entwicklung zur Bikulturalität ermöglichen.

In den Selbstorganisationen von MigrantInnen ist der Bereich Gesundheit allgemein und erst recht das Thema psychische Gesundheit als Themengebiet kaum vorhanden. In einer von der Landesregierung veröffentlichten wissenschaftlichen Bestandsaufnahme von Selbsthilfeorganisationen von Migrantinnen und Migranten in Nordrhein-Westfalen wurde bei der Analyse der Arbeitsschwerpunkte der Organisationen deutlich, dass dieses Themengebiet neben anderen Bereichen - z.B. Kultur, Begegnung, Integration, Bildung - nur eine untergeordnete Rolle spielt: „Im Gesundheitsbereich werden nur sehr wenig konkrete Arbeitsgebiete genannt. Die große Mehrheit der Angaben bezieht sich auf Veranstaltungen zu gesundheitlichen Themen, so der Vorbeugung und Erkennung von Kinderkrankheiten, dem Zusammenhang zwischen Umweltbelastungen und Allergien, homöopathischen Behandlungsmöglichkeiten oder depressiven Erkrankungen und der Wirkung von Stress auf die menschliche Psyche. AIDS-Aufklärung ist ein weiterer Schwerpunkt einiger Organisationen, zudem werden allgemein die Posten Gesundheitserziehung und Krankheitsprophylaxe aufgeführt.“ (MASSKS, 1999)

Dies wurde auch von den ExpertInnen des ersten Fachgesprächs festgehalten:

*„Es gibt ja keine Kultur für Selbsthilfe, denke ich. Das gibt es nicht.“*

*„Ja, weil ich denke, es gibt keine Selbsthilfegruppen, es gibt diese Vereine, das sind eigentlich Identitätsfindungsgruppen, Kulturvereine. Und Kulturverein heißt eigentlich, ‚Wie-kann-ich-mich-definieren-Verein‘. Wo gehe ich hin, um darüber nachzudenken, bin ich jetzt Muslimin oder nicht, das ist ein anderes Thema und das ist wahrscheinlich vorrangiger als das andere.“*

*„Aber es gibt ja eine große Sammlung von türkischen Vereinen inzwischen, es gibt keine Selbsthilfegruppen, aber es gibt erste Organisationen und präventive Arbeit könnte man da vielleicht auch mit wenig Kosten durchsetzen.“*

Diese Aussagen der ExpertInnen sind erfreulicherweise zumindest regional nicht (mehr) zutreffend, da sich – zumindest in Köln – mittlerweile auch Selbsthilfegruppen für MigrantInnen formieren.<sup>51</sup> In Köln existieren momentan jeweils türkischsprachige Gruppen zu Depressionen, Anonymen AlkoholikerInnen sowie eine Frauengesprächsgruppe. Auch bei den von der KISS koordinierten Wünschen nach Gruppengründungen wird deutlich, dass das Selbsthilfepotential langsam auch von Migrantinnen genutzt wird. Zum Beispiel gibt es Gründungswünsche für türkische Gruppen zu Einsamkeit bei Frauen, psychischen Erkrankungen, Drogenabhängigkeit und chronischen Schmerzen.

---

<sup>51</sup> Telefoninterview mit Frau Ebcinoglu, Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe Köln (KISS)

## 7. Handlungsempfehlungen

Die nachfolgend aufgelisteten Handlungsempfehlungen basieren auf den in den vorherigen Kapiteln beschriebenen Datenanalysen, Literaturrecherchen und Expertengesprächen und sie erschließen sich aus den in Kapitel 6 dargestellten Defiziten. Die Handlungsempfehlungen sind mit den TeilnehmerInnen der Round-Table-Gespräche sowie einem breiten Kreis von ExpertInnen abgestimmt worden und arbeiten (thematisch gegliedert) heraus, was größtenteils in dem von der Integrationsbeauftragten koordinierten „Bundesweiten Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit“ und in anderen Fachkreisen schon seit geraumer Zeit gefordert wird. Auf eine Hierarchierung der Handlungsbedarfe nach Prioritäten muss verzichtet werden, da die Situation zu komplex ist, als dass linear aufeinander aufbauende Handlungsschritte ableitbar wären. In Kapitel 8 werden abschließend Kriterien zur Bewertung von Einrichtungen der psychotherapeutisch und psychosozialen Versorgung im Hinblick auf Gender und Cultural Mainstreaming vorgeschlagen.

"Der Erfolg von Integrationsbemühungen lässt sich auch daran messen, inwieweit ein gleicher Zugang zur gesundheitlichen Versorgung realisiert ist und die Medizinangebote den besonderen Erfordernissen der Versorgung von Migrantinnen und Migranten Rechnung tragen. Chancengleichheit auch bezüglich des Zugangs zur Gesundheitsversorgung herzustellen, ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe" (Empfehlungen der Arbeitsgruppe des Bundesgesundheitsministeriums "Armut und Gesundheit - Migration und gesundheitliche Versorgung", Bonn September 2001).

"Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland ist in seiner Regelversorgung noch unzureichend auf die besonderen Bedürfnisse von Migranten eingestellt. Aufgabe sollte es daher sein, dieser großen Bevölkerungsgruppe mit ihren vielfältigen kulturellen Hintergründen durch die interkulturelle Öffnung der Gesundheitsdienste entgegenzukommen. Um das Ziel einer verbesserten Integration von Migranten zu erreichen, sind ein verbesserter Zugang zu gesundheitlichen Versorgungseinrichtungen und effektivere Behandlungsformen mit besseren Verständnismöglichkeiten anzustreben." (Empfehlungen der Beauftragten für Ausländerfragen in: Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland, September 2002, S. 221)

Wie die beiden Zitate belegen, muss der Prozess der Migration und Niederlassung aus soziologischer, soziokultureller und psychologischer Perspektive betrachtet werden, und da die Probleme, mit denen Migrantinnen konfrontiert sind, auch ökonomische, politische und juristische Aspekte haben, ist es ebenfalls dringend notwendig, dass Anstrengungen unternommen werden, um ihre sozialen und sonstigen Rechte dort sicherzustellen, wo Defizite erkennbar sind. Die Partizipationsmöglichkeiten von Frauen mit Migrationshintergrund sollten generell gefördert werden.

Betrachtet man die Empfehlungen, Resolutionen, Handlungsanweisungen und Schlussfolgerungen zur Verbesserung der gesundheitlichen und insbesondere psychischen und psychosomatischen Versorgung von Migrantinnen und Migranten, die von Wissenschaftlern (z.B. Borde, 2001), der Weltgesundheitsorganisation (z.B. Gupta, 1991: *The Mental Health Problems of Migrants. Report from six European Countries*, WHO Euro, S. 12), der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen (S. 221 im Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland, Berlin und Bonn, 2002), der Arbeitsgruppe "Armut und Gesundheit - Migration und gesundheitliche Versorgung" (BMG, Bonn, September 2001), die Forderungen, die anlässlich verschiedener Fachtagungen gestellt werden (z.B. Gardemann et al.: *Migration und Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliche Gesundheitswesen*, Hilden, 2000), sowie die Aussagen der TeilnehmerInnen unsere ExpertInnengespräche, so fällt zum einen die starke Überschneidung der Forderungen und zum anderen die Tatsache auf, dass (die nachfolgend zusammengefassten) Handlungsempfehlungen nicht neu sind, sondern schon vor Jahren in ähnlicher Weise formuliert wurden und immer wieder neu vorgebracht werden, wobei sich offensichtlich an der aktuellen (Versorgungs-)Situation nur wenig zu ändern scheint. Die Ursachen für diese Stagnation können nur vermutet werden.

Da sich Empfehlungen aus den oben erwähnten Dokumenten und Quellen zum Teil überlappen und ähnlich akzentuiert und formuliert in verschiedenen Quellen auftauchen, wird bei den nachfolgend dargestellten Handlungsempfehlungen nicht bei jedem Punkt explizit auf die Quelle hingewiesen. Die Handlungsempfehlungen sind thematisch gegliedert, die Reihenfolge lässt jedoch keine Rückschlüsse auf die Priorität der Maßnahmen zu. Die in Kapitel 8 formulierten Kriterien liefern für die politischen EntscheidungsträgerInnen Hilfestellung bei der Schwerpunktbildung und bei der Ausgestaltung dieser Empfehlungen.

### ***Generelle Empfehlungen***

Um die Gleichstellung von Migrantinnen hinsichtlich der psychischen, psychosomatischen und psychosozialen Gesundheit (und Gesundheit allgemein) sicherzustellen und Ausgrenzungen in den Institutionen der Gesundheitsversorgung zu verhindern bzw. entgegenzuwirken, sind politische Entscheidungen notwendig (z.B. Antidiskriminierungsgesetz).

Grundsätzlich müssen alle für die psychische, psychosomatische und psychosoziale Gesundheit von Migrantinnen verantwortlichen Akteure des Gesundheitswesens enger als bisher miteinander kooperieren (d.h. ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, Krankenkassen, Wohlfahrtsverbände), um adäquate Prävention und Versorgung sicherzustellen.

Bestehende Regeleinrichtungen müssen (je nach Zusammensetzung der MigrantInnenpopulation im Einzugsgebiet) ihr Angebot selbstkritisch analysieren und erweitern, um den besonderen

kultur- und sprachbedingten Bedürfnissen von Migrantinnen gerecht zu werden. Eine systematische Verbesserung der psychischen, psychiatrischen und psychosozialen Gesundheit muss sowohl in der Personal- als auch in der Struktur- und Prozessentwicklung der vorhandenen Dienste und Angebote ansetzen.

In der Frauengesundheitsforschung muss der Migrationsaspekt generell stärker berücksichtigt werden. Neben dem Gender Mainstreaming ist „Cultural Mainstreaming“ ein Aspekt, der bisher in der Forschung kaum berücksichtigt wurde. Die Vermittlung interkultureller Kompetenzen muss integraler Bestandteil der Aus-, Weiter- und Fortbildung aller Berufsgruppen der psychotherapeutischen, psychosozialen, psychiatrischen und sozialen Versorgung von Migrantinnen werden.

### ***Psychotherapeutische, psychosoziale und psychiatrische Versorgung***

Die Versorgung und Beratung von Migrantinnen bedarf einer dringenden Verbesserung, die u.a. durch den verstärkten Einsatz muttersprachlichen Personals in allen Bereichen des Gesundheitswesens erreichbar ist. Eine Verpflichtung der Institutionen, in ihrer personellen Zusammensetzung die Bevölkerungsstruktur des Einzugsgebiets abzubilden (Quotenregelung, interkulturelle Kompetenz als Schlüsselqualifikation bei Ausschreibungen und Stellenbesetzungen), sollte diskutiert werden.<sup>52</sup>

Erleichterungen zur Erlaubnis der Berufsausübung von ausländischem Fachpersonal aus den Gesundheitsberufen (vor allem bei Ärztinnen, Psychotherapeutinnen und Sozialarbeiterinnen) sind dringend erforderlich, um dem dringenden Bedarf an kompetenten Fachkräften gerecht zu werden.

Alle Einrichtungen und AkteurInnen der Versorgung sollten sich in Zusammenhang mit strukturellen Entscheidungen an den Überlegungen einer interkulturellen Organisationsentwicklung orientieren.

Bestehende Einrichtungen sind interkulturell zu öffnen und für die Probleme von Migrantinnen zu sensibilisieren. Dies gilt ebenfalls für komplementäre psychosoziale Einrichtungen, wie z.B. Frauenhäuser, Sozialdienste, Erziehungs- und Familienberatungsstellen etc.. Konkrete Handlungsanweisungen zur interkulturellen Öffnung verschiedener Bereiche des Gesundheitswesens sind hinreichend veröffentlicht worden, die Konzepte und konkreten Arbeitsschritte sind bekannt und verfügbar. Die interkulturelle Öffnung vorhandener Dienste sollte mit Qualitätskontrollen und finanziellen Vergünstigungen für beispielhafte Einrichtungen verbunden werden (Förderung von "best-practice"-Modellen).

---

<sup>52</sup> Hinweis der ExpertInnen der Round-Table Gespräche sowie Telefoninterviews mit ExpertInnen

Die Einrichtungen der psychischen, psychosozialen und psychiatrischen Versorgung sollten untereinander vernetzt werden, um vorhandene Ressourcen besser zu nutzen.

Die Entwicklung und Umsetzung von Qualitätsstandards für die psychosoziale Betreuung von Migrantinnen ist dringend erforderlich. Verbindliche Kriterien zur Interkulturalität von Institutionen der gesundheitlichen Versorgung und der komplementären Dienste sollten entwickelt und implementiert werden.

Ein erster Schritt zur Sensibilisierung aller Einrichtungen könnte z.B. eine interkulturelle Bestandsaufnahme in den Institutionen sein. Verschieden umfangreiche und komplexe Checklisten zur interkulturellen Öffnung von Institutionen sind veröffentlicht worden und sollten in der Praxis validiert und breit eingesetzt werden.

### ***Aus-, Fort- und Weiterbildung***

Interkulturelle Kompetenzen und transkulturelle Themen sollten obligatorisch in den Curricula der Aus-, Fort- und Weiterbildung aller Gesundheitsberufe verankert sein.

Möglichkeiten zur zertifizierten Zusatzqualifizierung, wie sie z.B. von der Evangelischen Fachhochschule Hannover ("Interkulturelle Kompetenz im Gesundheits- und Sozialwesen") angeboten werden, sollten auch in Nordrhein-Westfalen aufgebaut werden.

In diesem Zusammenhang ist auch auf die Bildung und Ausbildung von Migrantinnen und Migranten generell zu verweisen. Der Mangel an muttersprachlichen Fachkräften ist nicht primär eine Folge von Zulassungs- oder Niederlassungsordnung. Vielmehr hat die PISA-Studie, als deren Konsequenz eine bessere Qualifizierung von Migrantinnen und Migranten gefordert wird, den Weg gewiesen, der auch dem Gesundheitswesen zugute käme. Ein größerer Anteil gebildeter und entsprechend ausgebildeter MigrantInnen hilft letztendlich auch, den beschriebenen Fachkräftemangel zu lindern und gegebenenfalls auf lange Sicht zu beheben.

### ***Prävention***

Im Bereich Prävention sind wesentlich mehr Beratungsangebote und Aufklärungsmaterialien (vor allem auch audiovisuelle Medien für lese- und schreibunkundige Migrantinnen) mit interkulturellem Ansatz erforderlich.

Grundsätzlich sind bei jeder öffentlichen Kampagne zur psychischen Gesundheit soweit wie möglich interkulturelle Aspekte zu berücksichtigen. Bei der Entwicklung von Materialien, Infor-

mationen und Interventionen ist der partizipatorische Ansatz (d.h. Einbeziehung der Zielgruppe in alle Planungs-, Umsetzungs- und Evaluationsschritte) zu empfehlen.

In Begegnungs- und Bildungszentren für Migrantinnen sollten vermehrt Angebote zur Gesundheitsförderung und zur Förderung der individuellen Identitäts- und Persönlichkeitsentwicklung verankert werden. In den MigrantInnenorganisationen kann eine stärkere Sensibilisierung für Prävention und Selbsthilfe stattfinden. Diese Ressourcen sind bisher nur sehr wenig nutzbar gemacht worden, da in den meisten MigrantInnen-Communities keine "Selbsthilfekultur" vorhanden ist.

Individualisierungsschritte von Mädchen und Frauen mit Migrationshintergrund sollten gefördert werden (d.h. Unterstützung von Mädchen- und Frauengruppen, kostenlose Sprachkurse mit Kinderbetreuungsmöglichkeiten etc.).

### ***Forschung***

Generell ist die Datenlage (wie an vielen Stellen dieses Berichts ausgeführt) zu fast allen Bereichen der psychischen, psychosomatischen und psychosozialen Lage und Versorgung von Migrantinnen defizitär und/oder problematisch in ihrer begrenzten Aussagekraft.

Die Datenlage bezüglich Inzidenz und Prävalenz psychischer Probleme, Bedarfslage, Verlauf und Therapieergebnissen, Qualität der Versorgung sowie der Verbreitung und Effektivität interkulturell angelegter Maßnahmen ist defizitär und sollte durch gezielte Forschungsförderung verbessert werden. Vor allem sind auch interdisziplinäre und interkulturelle Forschungsaktivitäten notwendig, die auch internationale Vergleiche berücksichtigen. Diese sollten hinsichtlich des sozio-ökonomischen Status kontrolliert werden, klare Definitionen der verwendeten Terminologie enthalten, einheitliche diagnostische Kategorien verwenden und mögliche Kommunikationsprobleme bewusst einbeziehen und die in den MigrantInnen-Communities verwendeten Instrumente validieren.

Da Vergleiche mit parallelisierten deutschen Stichproben aus forschungspraktischen Gründen nur schwer zu realisieren sind, wird man auch in Zukunft mit „Feldstichproben“ arbeiten. Hier sollte aber verstärkt darauf geachtet werden, dass diese Stichproben typisch für die soziodemographische Struktur der MigrantInnen sind. Auch qualitativen Forschungsmethoden kommt hier eine große Bedeutung zu, da sie soziokulturelle Faktoren, die bisher noch nicht in die Standardmethodik eingegangen sind, adäquater zum Vorschein bringen können.

### **Gesundheitsberichterstattung (GBE)**

Ein Bedarf oder sogar eine Notwendigkeit einer GBE für MigrantInnen bzw. in Deutschland ansässige ausländische StaatsbürgerInnen besteht laut Razum u.a. aufgrund des beträchtlichen Bevölkerungsanteils dieser Gruppe, ihrer steigenden Aufenthaltsdauer und der dadurch steigenden Zahl von Personen in den mittleren und höheren Altersgruppen; MigrantInnen haben somit auch große Bedeutung als NutzerInnen von Gesundheitsdiensten. Darüber hinaus unterliegen sie möglicherweise einem migrationsbedingt erhöhten Gesundheitsrisiko (Razum, 2000, S. 10).

Im Einzelnen werden folgende Maßnahmen empfohlen:

- regelmäßig Daten aus den untersuchten Datenquellen (insbesondere amtliche Bevölkerungs- und Sterbedaten, Sozio-ökonomisches Panel, Perinatalerhebungen, Schuleingangsuntersuchungen, GKV-Daten und Mikrozensus) gemäß dem GMK-Indikatorensatz zusammenzuführen
- eine für alle Datenquellen einheitliche Definition der Zielgruppe "MigrantInnen" anzustreben
- ausländische StaatsbürgerInnen mit ständigem Wohnsitz in Deutschland ("MigrantInnen") in alle gesundheitsbezogenen Datenerhebungen und Surveys routinemäßig aufzunehmen
- bestehende lokale/regionale Datenerhebungen zur Gesundheit von MigrantInnen regelmäßig und systematisch zusammenzufassen
- alle 2-3 Jahre ausgewählte, aufbereitete Daten zur Gesundheit von MigrantInnen zusammen mit methodischen Erläuterungen in Form von Beiträgen in der GBE-Reihe des Statistischen Bundesamtes/RKI zu veröffentlichen
- mittelfristig das Merkmal "Land der Geburt" in die Gesundheits- und Todesursachenstatistik aufzunehmen; wünschenswert wäre darüber hinaus das Merkmal "Land der Geburt beider Elternteile" zu erheben (Razum, 2000, S. 45).

Generell ist die GBE von Bund, Ländern und Gemeinden bezüglich ihrer Aussagekraft zur psychosozialen Lage und psychischen Gesundheit von MigrantInnen zu verbessern. Eine geschlechtsspezifische und regionale Datenerhebung ist hier erforderlich.

Die Indikatorensätze der GBE für Nordrhein-Westfalen sollten um geschlechts- und migrationspezifische Aspekte erweitert werden.



***Besondere Zielgruppen: Flüchtlinge, traumatisierte Migrantinnen, Opfer von Menschenhandel***

Die vorhandenen Hilfeangebote für traumatisierte Flüchtlingsfrauen müssen ausgebaut, verstärkt vermittelt und vorhandene Angebote effektiv genutzt werden.

Bei traumatisierten Patientinnen ist eine rasche Klärung des Aufenthalts- oder Flüchtlingsstatus notwendig, damit hinsichtlich der Behandlungsperspektive Planungssicherheit herrscht und die Betroffenen nicht durch eine ungewisse Zukunftsperspektive weiterhin nachhaltig traumatisiert werden. Nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben diese Frauen keinen Hilfsanspruch, sofern es sich nicht um Akutversorgung handelt, also auch keinen Anspruch auf psychotherapeutische Behandlung.

Die Versorgung von schwersttraumatisierten Patientinnen ist durch den Aufbau spezieller Trainingsprogramme, Sicherstellung der Finanzierung der Behandlung sowie entsprechende Qualitätskontrollen zu verbessern. Muttersprachliche Therapieangebote sind in diesem Problemfeld besonders wichtig.

Eine besonders belastende und gefährdete Gruppe sind die Opfer von Menschenhandel und Zwangsprostitution. Einrichtungen, die sich mit der Betreuung und Beratung dieser Frauen befassen, sind weiterhin förderungsbedürftig.

Frauen, die als Opfer von Menschenhandel aufgegriffen werden, sollten nicht in Sammelunterkünften untergebracht oder in Abschiebehaf genommen werden, sie bedürfen einer professionellen Betreuung.

***Kommunikation und Sprache***

Die Möglichkeit zu kommunizieren ist eine der wesentlichen Voraussetzungen für Integration und somit auch für psychisches und soziales Wohlbefinden. Mangelnde sprachliche Verständigung ist eine der zentralen Zugangsbarrieren zur gesundheitlichen Versorgung. Auch Migrantinnen, denen der Erwerb der deutschen Sprache (noch) nicht möglich ist, sollte die Kommunikation mit MitarbeiterInnen der gesundheitlichen Versorgung ermöglicht werden, denn die sprachliche Verständigung ist die unabdingbare Voraussetzung zur Erstellung von Anamnesen und Diagnosen, Durchführung von Beratung, Therapie und Pflege.

Die Kommunikationsproblematik kann durch die Entwicklung effektiver DolmetscherInnendienste gemindert werden, deren Finanzierung gesichert sein muss. Im stationären Bereich können die Kosten durch die Pflegesätze abgedeckt werden, aber im ambulanten Bereich ist problematisch, dass die gesetzliche Krankenversicherung die Kosten nicht übernimmt.

Es gibt eine Reihe von Gerichtsurteilen, die festlegen, dass die Beweislast hinsichtlich des Vorliegens einer wirksam erklärten Einwilligung zu medizinischen Eingriffen bei der Ärztin bzw. beim Arzt liegt. Diese müssen sicherstellen und belegen können, dass die PatientInnen die Aufklärung verstanden haben und im Zweifelsfall einen DolmetscherInnendienst hinzuziehen.

Mittlerweile ist z.B. das Recht auf eine(n) Gebärdendolmetscherin bzw. –dolmetscher gesetzlich geregelt, jedoch nicht das Recht auf eine Dolmetscherin bzw. einen Dolmetscher bei einer medizinischen Aufklärung, die ohne Sprachvermittlung nicht verständlich ist.

"Hochentwickelte und spezialisierte medizinische Dolmetscherdienste in den meisten europäischen Ländern führen erfolgreich vor, dass durch einen öffentlich finanzierten Einsatz von qualifizierten DolmetscherInnen, sog. GemeindedolmetscherInnen bzw. community interpreters im Sinne der Chancengleichheit eine bedarfsgerechte Inanspruchnahme von medizinischer Infrastruktur möglich wird. Es ist notwendig, auch in Deutschland von einer monolingualen und monokulturellen Sichtweise abzurücken und politische und rechtliche Lösungen für ein multilinguales und interkulturelles Gesundheitswesen zu gestalten. Öffentliche, staatlich finanzierte Dolmetscherzentren für den sozialen und medizinischen Sektor könnten dazu führen, unsere medizinische Angebotsstruktur interkulturell und multilingual zu transformieren. Die Qualitätssicherung dieser Einrichtungen müsste über Evaluationsansätze und Supervision gewährleistet, ihre Funktionalität und Optimierung durch Einbindung in die soziale und medizinische Versorgung der jeweiligen Region gesichert werden" (Salman, 2000, S. 101).

In Deutschland sind bisher verschiedene Ansätze erprobt worden (z.B. Universitätskrankenhaus Eppendorf, Ethnomedizinisches Zentrum Hannover). Es ist zu überprüfen, ob und in welcher Form diese DolmetscherInnendienste auch in Nordrhein-Westfalen implementiert werden können.

Die DolmetscherInnendienste sind jedoch keine Lösung für alle Kommunikationsprobleme im Gesundheitswesen. In allen Bereichen, in denen ein psychotherapeutisches Vorgehen vonnöten ist, kann nicht mehr mit DolmetscherInnen gearbeitet werden. Zudem kann Kommunikation nicht mit Sprache gleichgesetzt werden, da der kulturelle Kontext ein für das Gelingen der Verständigung zentraler Faktor ist.

Es ist ebenfalls erforderlich, vermehrt "niedrigschwellige" Sprachkurse anzubieten, das heißt z.B. kostenfreie Angebote und Kurse, die auch für nicht berufstätige Mütter mit Kindern zugänglich sind (Kinderbetreuung). In einigen Regionen Nordrhein-Westfalens (z.B. Bonn) sind diese Angebote recht gut ausgebaut<sup>53</sup>, in anderen Regionen gibt es nach wie vor Defizite. Es wäre sinnvoll, für diesen Bereich eine Bestandsaufnahme vorzunehmen, um Bedarf und Angebot in Einklang zu bringen.

<sup>53</sup> Nach Aussage der Teilnehmerinnen unserer Expertengespräche sowie der Telefoninterviews mit Kölner Beratungsstellen.

## **8. Kriterien zur Beurteilung von Institutionen im Hinblick auf Gender- und Cultural Mainstreaming**

Es sind bisher einige Checklisten bzw. Kriterien zur Überprüfung der interkulturellen Öffnung von Institutionen veröffentlicht worden (z.B. Filzinger, 1995; Borde, 2002). Die interkulturelle Öffnung ist hierbei jedoch nur aus der kulturellen, nicht aber aus der Genderperspektive betrachtet worden. Um dies zu berücksichtigen, d.h. bei der interkulturellen Öffnung auch geschlechtsspezifische Verarbeitungsmuster von Migrantinnen und auch Normen und Einstellungen der Aufnahmegesellschaft zu berücksichtigen, sind diese Kriterien zu modifizieren bzw. zu erweitern.

Der Grundgedanke ist, Gender und Cultural Mainstreaming in Qualitätsstandards und im Qualitätsmanagement zu verankern und Kompetenzpläne zu entwickeln und einzuhalten, welche dazu dienen, die Bevölkerungsstruktur, den Zugang zu Dienstleistungen, die geschlechtliche und ethnische Zusammensetzung und die linguistischen Kompetenzen des Personals und die Angebotsstruktur darzustellen und auszuwerten. Eine Bestandsaufnahme der Institutionen und Organisationen des Gesundheitswesens in Nordrhein-Westfalen auf der Basis dieser Kriterien wäre wünschenswert und kann als Ausgangspunkt für eine migrantInnen- und frauengerechte Gesundheitsversorgung genutzt werden.

## Checkliste Gender- und Cultural Mainstreaming<sup>54</sup>

| <b>1. Bedarfsplanung</b>   |                            |                            |                     |
|--|----------------------------|----------------------------|---------------------|
| Geschätzter Anteil der PatientInnen/<br>KlientInnen  | mit Migrationshintergrund  | Frauen                     | _____ %             |
|  |                            | Männer                     | _____ %             |
|  | ohne Migrationshintergrund | Frauen                     | _____ %             |
|  |                            | Männer                     | _____ %             |
| Wird der Anteil der nicht-deutschsprachigen PatientInnen/KlientInnen in der Institution dokumentiert?  |                            | <input type="checkbox"/>   | ja                  |
|  |                            | <input type="checkbox"/>   | nein                |
| Welche Kriterien sollen bei der Bedarfsanalyse berücksichtigt werden, um die Angebote frauen- und migrationsgerecht zu gestalten?                        |                            | <input type="checkbox"/>   | keine               |
|  |                            | <input type="checkbox"/>   | Geschlecht          |
|  |                            | <input type="checkbox"/>   | Herkunftsland       |
|  |                            | <input type="checkbox"/>   | Staatsangehörigkeit |
|  |                            | <input type="checkbox"/>   | Ethnizität          |
|  |                            | <input type="checkbox"/>   | Sprachkenntnisse    |
|  |                            | <input type="checkbox"/>   | Sonstige _____      |
| <b>2. MitarbeiterInnen</b>   |                            |                            |                     |
| Wie hoch ist der Anteil der Vollzeitstellen, die momentan besetzt sind mit   | Frauen                     | mit Migrationshintergrund  | _____ %             |
|  |                            | ohne Migrationshintergrund | _____ %             |
|  | Männer                     | mit Migrationshintergrund  | _____ %             |
|  |                            | ohne Migrationshintergrund | _____ %             |
| Wie hoch ist der Anteil der Teilzeitstellen, die momentan besetzt sind mit   | Frauen                     | mit Migrationshintergrund  | _____ %             |
|  |                            | ohne Migrationshintergrund | _____ %             |
|  | Männer                     | mit Migrationshintergrund  | _____ %             |
|  |                            | ohne Migrationshintergrund | _____ %             |
| Wie hoch ist der Anteil der Leitungspositionen, die momentan besetzt sind mit  | Frauen                     | mit Migrationshintergrund  | _____ %             |
|  |                            | ohne Migrationshintergrund | _____ %             |
|  | Männer                     | mit Migrationshintergrund  | _____ %             |
|  |                            | ohne Migrationshintergrund | _____ %             |
| Wird bei Stellenausschreibungen ausdrücklich darauf hingewiesen, dass wegen der interkulturellen Offenheit MigrantInnen bevorzugt berücksichtigt werden? |                            | <input type="checkbox"/>   | ja                  |
|  |                            | <input type="checkbox"/>   | nein                |

<sup>54</sup> Die nachfolgende Liste basiert zum Teil auf der Arbeit von Borde (2002) und wurde u.a. im Hinblick auf Geschlechtersensibilität modifiziert.

| <b>3. Sprache</b>   |   |         |                           |         |  |                            |         |        |                           |         |  |                            |         |
|---|---|---------|---------------------------|---------|--|----------------------------|---------|--------|---------------------------|---------|--|----------------------------|---------|
| Wie hoch ist der Anteil der MitarbeiterInnen, die die Sprache einer der zu den Zielgruppen gehörenden MigrantInnen-Gruppen sprechen?                                  | <table> <tr> <td>Frauen</td> <td>mit Migrationshintergrund</td> <td>_____ %</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ohne Migrationshintergrund</td> <td>_____ %</td> </tr> <tr> <td>Männer</td> <td>mit Migrationshintergrund</td> <td>_____ %</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ohne Migrationshintergrund</td> <td>_____ %</td> </tr> </table>            | Frauen  | mit Migrationshintergrund | _____ % |  | ohne Migrationshintergrund | _____ % | Männer | mit Migrationshintergrund | _____ % |  | ohne Migrationshintergrund | _____ % |
| Frauen  | mit Migrationshintergrund   | _____ % |                           |         |  |                            |         |        |                           |         |  |                            |         |
|   | ohne Migrationshintergrund  | _____ % |                           |         |  |                            |         |        |                           |         |  |                            |         |
| Männer  | mit Migrationshintergrund   | _____ % |                           |         |  |                            |         |        |                           |         |  |                            |         |
|   | ohne Migrationshintergrund  | _____ % |                           |         |  |                            |         |        |                           |         |  |                            |         |
| Welche Fremdsprachenkompetenzen gibt es bei den MitarbeiterInnen der Institution?   | <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> keine</p>   |         |                           |         |  |                            |         |        |                           |         |  |                            |         |
| Können im Bedarfsfall qualifizierte DolmetscherInnen für alle Sprachen erreicht werden?   | <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nur für einige Sprachen</p>   |         |                           |         |  |                            |         |        |                           |         |  |                            |         |
| Falls schwierig oder nein, warum?   | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>   |         |                           |         |  |                            |         |        |                           |         |  |                            |         |
| <b>4. Teamarbeit</b>  |   |         |                           |         |  |                            |         |        |                           |         |  |                            |         |
| Wie ist die Teamarbeit innerhalb der Institution organisiert?   | <p><input type="checkbox"/> keine Teamarbeit</p> <p><input type="checkbox"/> nur monokulturelles Arbeitsteam</p> <p><input type="checkbox"/> regelmäßige interkulturelle Teamarbeit</p> <p><input type="checkbox"/> spezielle Zuständigkeiten (deutsche Mitarbeiter für deutsche PatientInnen/KlientInnen, MigrantInnen für MigrantInnen)</p> |         |                           |         |  |                            |         |        |                           |         |  |                            |         |
| <b>5. Informationen</b>   |   |         |                           |         |  |                            |         |        |                           |         |  |                            |         |
| Werden alle PatientInnen/KlientInnen mit Informationen über die Angebote und Aufgaben der Institutionen adäquat erreicht (auch medizinische Aufklärung, Rechte etc.)? | <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> zum Teil</p>  |         |                           |         |  |                            |         |        |                           |         |  |                            |         |
| Gibt es Veröffentlichungen, Merkblätter, Anschläge, Hinweisschilder etc. in der Sprache der Minderheiten?   | <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>   |         |                           |         |  |                            |         |        |                           |         |  |                            |         |
| Wenn ja, wie hoch ist der Anteil der fremdsprachlichen Materialien  | _____ %   |         |                           |         |  |                            |         |        |                           |         |  |                            |         |

|  |  |
|--|--|
| <p>Gibt es Informationsmaterialien, die geschlechtssensibel entwickelt wurden?</p> <p>Wenn ja, wie hoch ist der Anteil der geschlechtssensiblen Materialien?</p>   | <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p>_____ %</p> |
| <p>Gibt es Informationsmaterialien, die zielgruppenspezifisch für eine oder mehrere MigrantInnengruppen entwickelt worden sind?</p> <p>Wenn ja, wie hoch ist der Anteil der zielgruppenspezifischen Materialien?</p>                       | <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p>_____ %</p> |
| <p>Gibt es spezifische Angebote (z.B. Sprechstunden, Gruppen, Seminare) für Frauen?</p> <p>Wenn ja, welche?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>  | <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>                |
| <p>Gibt es spezifische Angebote (z.B. Sprechstunden, Gruppen, Seminare) für MigrantInnen?</p> <p>Wenn ja, welche?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>  | <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>                |
| <p>Würde ein(e) Besucher(in) erkennen, dass sie/er einen frauengerechten interkulturellen Arbeitsplatz betritt, selbst wenn keine Menschen im Gebäude sind?</p> <p>Wenn ja, woran?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>                |

| <b>6. Kooperation</b>  |                                 |                          |          |                          |         |
|--|---------------------------------|--------------------------|----------|--------------------------|---------|
| Existieren Kooperationen mit frauenspezifischen Beratungsdiensten, die im Bedarfsfall hinzugezogen werden können?  |                                 | <input type="checkbox"/> | ja       |                          |         |
|  |                                 | <input type="checkbox"/> | nein     |                          |         |
| Wenn ja, welche?   | .....                           |                          |          |                          |         |
|  | .....                           |                          |          |                          |         |
|  | .....                           |                          |          |                          |         |
|  | .....                           |                          |          |                          |         |
| Existieren Kooperationen mit spezifischen MigrantInnenberatungsdiensten, die im Bedarfsfall hinzugezogen werden können?                                    |                                 | <input type="checkbox"/> | ja       |                          |         |
|  |                                 | <input type="checkbox"/> | nein     |                          |         |
| Wenn ja, welche?   | .....                           |                          |          |                          |         |
|  | .....                           |                          |          |                          |         |
|  | .....                           |                          |          |                          |         |
|  | .....                           |                          |          |                          |         |
| <b>7. Gender- und Cultural Mainstreaming</b>   |                                 |                          |          |                          |         |
| Gibt es ein Interesse an Gender Mainstreaming  | bei der Leitung der Institution | <input type="checkbox"/> | ja       | <input type="checkbox"/> | nein    |
|  | bei den MitarbeiterInnen        | <input type="checkbox"/> | ja       | <input type="checkbox"/> | nein    |
|  |                                 | <input type="checkbox"/> | zum Teil |                          |         |
| Gibt es ein Interesse an Cultural Mainstreaming  | bei der Leitung der Institution | <input type="checkbox"/> | ja       | <input type="checkbox"/> | nein    |
|  | bei den MitarbeiterInnen        | <input type="checkbox"/> | ja       | <input type="checkbox"/> | nein    |
|  |                                 | <input type="checkbox"/> | zum Teil |                          |         |
| Wie hoch ist der Anteil der Führungs- und Fachkräfte, die an Fortbildungsmaßnahmen teilgenommen haben, die sich mit frauenspezifischen Themen befassen?    |                                 |                          |          |                          | _____ % |
| Wie hoch ist der Anteil der Führungs- und Fachkräfte, die sich mit der Interkulturalität des Gemeinwesens oder der PatientInnen/KlientInnen befasst haben? |                                 |                          |          |                          | _____ % |

|  |  |
|--|--|
| Gibt es Gremien oder Arbeitsgruppen innerhalb der Institution, in denen Qualitätssicherungsmaßnahmen und Fortbildungsangebote hinsichtlich frauen- und migrantenspezifischer Fragestellungen diskutiert, initiiert und umgesetzt werden? | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |
| Sind die Angebote der Einrichtung auf unterschiedliche Bedürfnisse verschiedener PatientInnen, NutzerInnengruppen eingerichtet?<br><br>Wenn nein, woran fehlt es?  | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |
| .....<br>.....<br>.....<br>.....   |  |
| <b>8. Handlungsbedarf</b>  |  |
| Wo besteht in Ihrer Institution dringender Handlungsbedarf?<br>Allgemeine Problembereiche:   |  |
| .....<br>.....<br>.....<br>.....   |  |
| Problembereiche hinsichtlich der Verbesserung einer frauengerechten Versorgung:  |  |
| .....<br>.....<br>.....<br>.....   |  |
| Problembereiche hinsichtlich der Verbesserung der Versorgung von MigrantInnen:   |  |
| .....<br>.....<br>.....<br>.....   |  |
| Welche Maßnahmen sind in Ihrer Institution notwendig, um Zugangsbarrieren zu verringern (bitte Einzelmaßnahmen auflisten)?   |  |
| .....<br>.....<br>.....<br>.....   |  |



## Literatur

- Abdallah-Steinkopff, B. (2001): Arbeit mit traumatisierten Migrantinnen und Migranten. In: Hegemann, Th. und Salman, R. (Hrsg.): Transkulturelle Psychiatrie-Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen, Bonn
- AFÖG (2001): Gesundheitsberichte (Stand 12/01). <http://www.afoeg.nrw.de/gb.doc>
- Angel, J.L., Buckley, C.J., Sakamoto, A. (2001): Duration or Disadvantage? Exploring Nativity, Ethnicity, and Health in Midlife. *Journal of Gerontology* 56B: S.275-84
- Atik, G. (2000): Psychosoziale Versorgung von Migrantinnen und Migranten. In: Magistrat der Stadt Frankfurt (Hrsg.): Gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen und Migranten – Anhörung am 22. September 1999
- Assion, H.-J., Dana, I., Heinemann, F. (1999): Volksmedizinische Praktiken bei psychiatrischen Patienten türkischer Herkunft in Deutschland. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 67: 12-20
- Baynard-Burfield, L., Sundquist, J., Johannson, S.E. (1998): Self-Reported long-standing psychiatric illness as a predictor of premature all-cause mortality and violent death: a 14-year follow-up study of native Swedes and foreign born migrants. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 35: 491-6
- Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg.)(2002): Daten und Fakten zur Ausländersituation, Berlin und Bonn
- Boos-Nünning, U. (1998): Migrationsforschung unter geschlechtsspezifischen Aspekten. In: Koch, E., Özek, M., Pfeiffer, W. & Schepker, R.: Chancen und Risiken von Migration, Freiburg
- Boos-Nünning, U. & Arat, N. (1998): Frauen unter den Bedingungen der Migration, in: Koch E., Özek, M., Pfeiffer, W. & Schepker, R. (Hrsg.): Chancen und Risiken von Migration, Freiburg
- Borde, T. (2002): Patientinnenorientierung im Kontext der soziokulturellen Vielfalt im Krankenhaus. Dissertation, Technische Universität Berlin
- Brucks, U. (1994). Psychosoziale und gesundheitliche Probleme der Migration. In: Croplay u.a. (Hrsg.): Probleme der Zuwanderung, Band I, Göttingen-Stuttgart
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.)(2000): Familien ausländischer Herkunft in Deutschland – Leistungen, Belastungen, Herausforderungen. Sechster Familienbericht, Berlin
- Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit (Hrsg.)(2000): Handbuch um interkulturellen Arbeit im Gesundheitsamt, Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen, Berlin/Bonn
- Collatz, J. (1995): Auf dem Wege in das Jahrhundert der Migration – Auswirkungen auf den Bedarf an psychosozialer und sozialpsychiatrischer Versorgung. In: Koch, E. u.a. (Hrsg.): Psychologie und Pathologie der Migration, Freiburg im Breisgau

- Collatz, J. (2001): Aspekte der Versorgung von Muslimen im Gesundheitswesen. In: Landeshauptstadt Hannover – Referat für interkulturelle Angelegenheiten: Muslime im Gesundheitswesen – Dokumentation, Hannover
- Collatz, J. (2001a): Bedarf und Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung durch Migranten. In: Hegemann, T. & Salman, R. (Hrsg.): Transkulturelle Psychiatrie, Bonn
- Dana, I., A., Schepker, R. & Eggers, C. (2002): Ambulante kinderpsychiatrische Versorgung vom Migrantenfamilien – Materialien und Ergebnisse. Bericht an das MJFFG, Nordrhein-Westfalen
- David, M. & Borde, Th. (2001): Kranksein in der Fremde? Türkische Migrantinnen im Krankenhaus, Frankfurt am Main
- De Jong, J. (2001): Klassifizieren oder Nuancieren? Psychodiagnostik mit Hilfe von DSM und ICD. In: Hegemann/Salman
- Diefenbacher, A., Heim, G. (1994): Somatic Symptoms in Turkish and German Depressed Patients. *Psychosomatic Medicine* 56: 551-6
- Diefenbacher, A., Heim, G. (1997): Kulturspezifische Einstellung zum Körper. Somatisierung bei türkischen und deutschen Depressiven. *T&E Neurologie Psychiatrie* 11: 870-3
- Ehrig, C. (1996): Bedeutung funktioneller Beschwerden bei Migranten. *Münchener medizinische Wochenschrift* 138, Nr.5: 56-60
- Escobar, J. I. (1998): Immigration and Health. Why Are Immigrants Better Off? *Archives of General Psychiatry* 55:781-2
- Escobar, J. I., Hoyos Nervi, C., Gara, M:A. (2000): Immigration and Mental Health: Mexican Americans in the United States. *Harvard Review of Psychiatry* 8: 64-72
- Ferron, C. Haour-Knipe, M., Tschumper, A., Narring, F. Michaud (1997): Health Behaviour and psychosocial adjustment of migrant adolescents in Switzerland. *Schweizer Medizinische Wochenschrift* 127: 1419-29
- Fichter, M.M., Elton, M., Diallina, M., Koptagel-Ilal, G., Fthenakis, W. E. & Weyerer, S. (1988). Mental Illness in Greek and Turkish Adolescents. *Eur. Arch. Psychiatr. Neurol. Sci.*, 237, 125-134
- Filzinger, O. (1995): Kriterien zur Überprüfung der Interkulturellen Öffnung. In: Bartwig, K.: Interkulturelle Öffnung Sozialer Dienste, Freiburg
- Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Hrsg.)(1998): Älter werden in der Fremde: Wohn- und Lebenssituation älterer ausländischer Hamburgerinnen und Hamburger. Sozial-empirische Studie, Hamburg
- Furnham, A., Shaheen, S. (1993): Gender, Generational, and Social Support Correlates on Mental Health in Asian Immigrants. *International Journal of Social Psychiatry* 39: 22-33
- Gardemann, J., Müller, W. & Remmers, A. (Hrsg.)(2000): Migration und Gesundheit. Tagungsdokumentation, Hilden
- Ghaeni, Z. V. (Hrsg.)(1999): Krank in der Fremde – Perspektiven zur interkulturellen Entwicklung von deutschen Kliniken, Cinco, Frankfurt a.M.

- Gil, R. M. (1996): Hispanic Women and Mental Health. *Annals of the New York Academy of Sciences* 789: 147-59
- Gonzalez, H. M., Haan, M.N., Hinton, L. (2001): Acculturation and the prevalence of depression in older Mexican Americans: baseline results of the Sacramento Area Latino Study on Aging. *Journal of the American Geriatrics Society* 49: 948-53
- Günay, E., Haag, A. (1990): Krankheit in der Emigration. Eine Studie an türkischen Patientinnen in der Allgemeinpraxis aus psychosomatischer Sicht. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 40: 417-22.
- Gupta, S. (1991): The Mental Health Problems of Migrants. Report from six European Countries, WHO Euro, Kopenhagen
- Haasen, C., Lambert, M., Mass, R., Krausz, M. (1998): Impact of Ethnicity on the Prevalence of Psychiatric Disorders Among Migrants in Germany. *Ethnicity and Health* 3: 159-65
- Haasen, C., Yagdiran, O., Mass, R., Krausz, M. (2001): Schizophrenic Disorders among Turkish Migrants in Germany. A Controlled Clinical Study. *Psychopathology* 34: 203-8
- Hegemann, T. & Salman, R. (Hrsg.)(2001): *Transkulturelle Psychiatrie – Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen*, Psychiatrie Verlag, Bonn
- Herrmann, M. (2000): Kulturspezifische Krankheitskonzepte. In: Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit (Hrsg.). *Handbuch zum interkulturellen Arbeiten im Gesundheitsamt*, Berlin/Bonn
- Hovey, J.D. (2000): Acculturative Stress, Depression, and Suicidal Ideation in Mexican Immigrants. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology* 6: 134-51
- Hurh, W.M., Kim, K.C. (1990): Correlates of Korean immigrants' mental health. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 178: 703-11
- Joksimovic, L. (2002): Gesundheitliche Beschwerden bei traumatisierten Flüchtlingen. In: Dettmers, Ch., Albrecht, N.-J., Weiller, C. (Hrsg.): *Gesundheit Migration Krankheit*, Bad Honnef, S. 255-267
- Kapfhammer, H.P. (2001): Somatisierung – somatoforme Störungen – Ätiopathogenetische Modelle. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie* 69: 58-77
- Kauth-Kokshoorn, E.M., Schneiderheinze, K.G., Aydin, H. (1998): *Älter werden in der Fremde. Wohn- und Lebenssituation älterer ausländischer Hamburgerinnen und Hamburger*. Hamburg: Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales
- Kiesel, D. & Lüpke, H. (Hrsg.): *Vom Wahn und vom Sinn – Krankheitskonzepte in der multikulturellen Gesellschaft*. Frankfurt a. M.
- Kirmayer, L.J. (2001): Cultural Variations in the Clinical Presentation of Depression and Anxiety: Implications for Diagnosis and Treatment. *Journal of Clinical Psychiatry* 62 (suppl. 13): 22-8
- Koch, E., Schepker, R., Taneli, S. (Hg.) (2000): *Psychosoziale Versorgung in der Migrationsgesellschaft*. Freiburg i. B.: Lambertus

- Koch, E. (2000): Zur aktuellen psychiatrischen und psychosozialen Versorgung von Minoritäten in Deutschland – Ergebnisse einer Umfrage. In: Koch et al.
- Koch, E. (Hrsg.) (2000a): Psychosoziale Versorgung in der Migrationsgesellschaft. Deutsch-türkische Perspektiven, Freiburg im Breisgau
- Koch, E. et al. (Hrsg.)(1998): Chancen und Risiken von Migration, Freiburg
- Koen, E. (1986): Die Bedeutung des informellen medizinischen Sektors und traditioneller Krankheitsvorstellungen in der Türkei. Med. Dissertation, Heidelberg
- Köpp, W., Rohner, R., Trebbin, M. (1993): Ausländische Patienten in der psychosomatischen Ambulanz. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 43: 63-9
- Kopp, H.G., Willi, J., Klipstein, A. (1997a): Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten. Teil 1: Neue Entwicklungen in der Diagnose und Therapie von somatoformen Störungen. Schweizerische Wochenschrift 127: 1380-90
- Kopp, H.G., Willi, J., Klipstein, A. (1997b): Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten. Teil 2: Die psychiatrische Begutachtung von somatoformen Störungen. Schweizerische Wochenschrift 127: 1430-39
- Kreienbrock, L., Schach, S. (2000): Epidemiologische Methoden. Heidelberg: Spektrum
- Kürsat-Ahlers, E. (2000): Migration als psychischer Prozess. In: David, M. (Hrsg.): Migration – Frauen – Gesundheit, Frankfurt am Main
- Lajos, K. (Hrsg.)(1993): Die psychosoziale Situation von Ausländern in der Bundesrepublik. Integrationsprobleme und seelische Folgen, Opladen
- Lajos, K. (Hrsg.)(1998): Die ausländische Familie – Ihre Situation und Zukunft in Deutschland, Opladen
- Landeszentrum für Zuwanderung NRW (Hrsg.)(2001): Praxisforum Interkulturelle Öffnung der Jugendhilfe, Solingen: Eigenverlag
- Leidinger, von Brederode (2000): Psychiatrische Versorgung von Migrantinnen und Migranten. Berichtsvorlage öffentliche Sitzung. Köln: Landschaftsverband Rheinland.
- LÖGD (2002): Gesundheitsberichte aus den Ländern. Bestandsnachweis der Sammlung im Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst, NRW. Düsseldorf: LÖGD
- Mansel, J. & Hurrelmann, K. (1993): Psychosoziale Befindlichkeit junger Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland, in: Soziale Probleme, 2, S. 167-192
- MASQT (Hg.) (2002): Notiert in NRW. Zuwanderungsstatistik Ausgabe 2001. Düsseldorf: MASQT
- Mavreas, V., Bebbington, P. (1990): Acculturation and psychiatric disorder: a study of Greek Cypriot immigrants. Psychological Medicine 20: 941-51
- Miller, A.M., Chandler, P.J. (2002): Acculturation, resilience, and depression in midlife women from the former Soviet Union. Nursing Research 51: 26-32
- Ministerium für Arbeit, Soziales und Stadtentwicklung, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.)(1999): Selbstorganisationen von Migrantinnen und Migranten in NRW. Wissenschaftliche Bestandaufnahme, Düsseldorf

- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.)(2000): Gesundheit von Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.)(2000): Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen: Sonderbericht im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf
- Nestmann, F. & Niepel, T. (1993): Beratung von Migranten - Neue Wege der psychosozialen Versorgung, Robert-Bosch-Stiftung, Stuttgart
- Nuscheler, F. (1995): Internationale Migration. Flucht und Asyl, Opladen
- o.V. (o.J.): Behandlungsschwerpunkt "türkische Migranten". Kurzinformation. Bad Fredeburg: Internistisch-Psychosomatische Fachklinik Hochsauerland
- Olbermann, E. & Dietzel-Papakyriakou, M. (1995): Entwicklung von Konzepten und Handlungsstrategien für die Versorgung älter werdender und älterer Ausländer, Forschungsbericht, Dortmund
- Pfeiffer, W. (1996): Psychiatrie in der Begegnung der Kulturen. In: IMIS-Beiträge, Heft 4
- Pfeiffer, W. (1996a): Das Bild der Depressionen im Kulturvergleich. Curare 19: 193-9
- Pfeiffer, W. (1998): Krankheitskonzepte in der multikulturellen Gesellschaft, in: Kiesel, D. & Lüpke, H. (Hrsg.): Vom Wahn und vom Sinn. Frankfurt a. M.
- Poustka, F. (1984): Psychische Störungen bei Kindern ausländischer Arbeitnehmer. Eine epidemiologische Untersuchung, Stuttgart
- Raleigh, V.S. (1996): Suicide Patterns and Trends in People of Indian Subcontinent and Caribbean Origin in England and Wales. Ethnicity and Health 1: 55-63.
- Razum, O. (2000): Gesundheitsberichterstattung für Migranten in Deutschland. Berlin: RKI.
- Renschmidt, H. & Walter, R. (1990). Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern. Mit deutschen Normen für die Child Behavior Checklist. Eine epidemiologische Untersuchung. Göttingen: Hogrefe
- Ritsner, M., Ponizovsky, A., Nechamkin, Y., Modai, I. (2001): Gender differences in psychosocial risk factors for psychological distress among immigrants. Comprehensive Psychiatry 42: 151-60.
- Rodewig, K. (2000): Stationäre psychosomatische Rehabilitation von Migranten aus der Türkei. Sind monokulturelle Behandlungseinheiten sinnvoll? Psychotherapeut, 45 (6): 350-5
- Rommel, A., Weilandt, C. (2002): Health Monitoring of the Migrant Population in Northrhine-Westphalia, Germany: Experiences, Implications, and Perspectives. Croatian Medical Journal 43:174-8.
- Rüschoff, S.J. (2001): Zwischen Caritas und Diakonie – Muslime in der psychosozialen Versorgung. In: Landeshauptstadt Hannover – Referat für interkulturelle Angelegenheiten (Hrsg.): Muslime im Gesundheitswesen – Dokumentation, Hannover
- Salman, R. (2000): Der Einsatz von (Gemeinde-)Dolmetschern im Gesundheitswesen als Beitrag zur Integration. In: Gardemann et al.: Migration und Gesundheit. Hilden

- Schepker, R. (1995a): Insallah oder: packen wir's an. Zu Kontrollüberzeugungen von deutschen und türkischen Schülern im Ruhrgebiet. Münster/New York: Waxmann
- Schepker, R. (1995b): Zur Komplexität der Zusammenhänge von „Risikofaktoren“, Kontrollüberzeugungen und psychiatrischen Erkrankungen bei Jugendlichen türkischer Herkunft, in: Koch, E. (Hrsg.): *Psychologie und Pathologie der Migration. Deutsch-türkische Perspektiven*, Freiburg, S. 257-266
- Schepker, R., Eberding, A. & Toker, M. (1998): *Familiäre Bewältigungsstrategien. Abschlussbericht an die Deutsche Forschungsgemeinschaft*, Oktober 1998
- Selten, P.J., Sijben, N. (1994): First admission rates for schizophrenia in immigrants to the Netherlands. The Dutch national register. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 29: 71-7.
- Steinhausen, H.C. (1982). Psychische Störungen bei Gastarbeiterkindern im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 10, S. 32-49
- Steinhausen, H.C., Aster, M.v., Pfeifer, E. & Göbel, D. (1989). Comparative Studies of Conversion Disorders in Childhood and Adolescence. *J. Child Psychol. Psychiat.* 30, 615-621
- Steinhausen, H.C., Edinsel, E., Fegert, J.M., Göbel, D., Reister, E. & Rentz, A. (1990). Child Psychiatric Disorders and Family Dysfunction in Migrant Workers and Military Families. *Eur. Arch. Psychiatr. Neurol. Sci.*, 239, 257-262
- Storch, G., Poustka, F. (2000): Psychische Störungen bei stationär behandelten Kindern mediterraner Migrantenfamilien. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 49: 199-208.
- Stolzenberg, H. (2000): Bundes-Gesundheitssurvey 1998. Public Use File BGS98. Dokumentation des Datensatzes. Berlin: RKI.
- Sundquist, L. (1993): Ethnicity as a risk factor for mental illness. A population-based study of 338 Latin American refugees and 996 age-, sex- and education-matched Swedish controls. *Acta psychiatrica Scandinavica* 87:208-12.
- Sundquist, J., Johannson, S. E. (1996): The influence of exile and repatriation on mental and physical health. A population based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 31: 21-8.
- Sundquist, J., Behmen-Vincevic, A., Johannson, S.E. (1998): Poor quality of life and health in young to middle aged Bosnian female war refugees: a population-based study. *Public Health* 112: 21-6.
- Thomas, A. (Hrsg.)(1996): *Psychologie interkulturellen Handelns*, Hogrefe, Göttingen
- Toker, M. Z. (1997): *Türkischsprachige Psychotherapieangebote im deutschsprachigen Raum*. Freiburg i. B.: Lambertus.
- Uniken Venema, H.P., Garretsen, H.F.L, Van Der Maas, P.J. (1995): Health of Migrants and Migrant Health Policy, The Netherlands as an Example. *Social Science and Medicine* 41: 809-18.

- Vahedi, N. (1996): Diskriminierung und gesundheitliches Wohlbefinden bei türkischen Industriearbeitern. *Psychosozial* 19: 71-92.
- Vega, W.A., Kolody, B., Aguilar-Gaxiola, S., Alderete, E., Catalano, R., Caraveo-Anduaga, J. (1998): Lifetime Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders Among Urban and Rural Mexican Americans in California. *Archives of General Psychiatry* 55:771-8
- Wagner, M. & Marreel, I. (1998): Untersuchung zur ambulanten gesundheitlichen Versorgung von Migranten in Berlin-Kreuzberg aus Sicht der niedergelassenen Ärzte, Berlin
- Weig, W. (1998): Migration und seelische Gesundheit. In: *IMIS-Beiträge* 8, S. 31-44
- Weilandt, C., Huismann, A., Joksimovic, L., Klaes, L., van den Toorn, S., Winkler, J. (2000): Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: MFJFG
- Weilandt, C., Rommel, A., Cosler, D., Wagner, A. (2002): Analysen zur gesundheitlichen Situation von Migrantinnen in Nordrhein-Westfalen. Bonn: WIAD
- Wesselman, E. (2001): Muslime im Krankenhaus. In: *Landeshauptstadt Hannover – Referat für interkulturelle Angelegenheiten* (Hrsg.). *Muslime im Gesundheitswesen – Dokumentation*, Hannover
- Williams, D.R., Williams-Morris, R. (2000): Racism and Mental Health: the African American experience. *Ethnicity and Health* 5: 243-68
- Williams, R., Eley, S., Hunt, K., Bhatt, S. (1997): Has Psychological Distress Among UK South Asians Been Underestimated? A comparison of three measures in the west of Scotland population. *Ethnicity and Health* 2: 21-9
- Wünsch, S. (1999): Kommunale GBE zur gesundheitlichen und psychosozialen Situation von Migrantinnen am Beispiel von Kreuzberger Daten, Berlin
- Yilmaz, A.T., Hasanoglu, A., Weiss, M.G. (2000): Depression und Kultur. In: Koch et al.