

**Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität
in der psychosozialen Versorgung
von Menschen mit Migrationshintergrund**

Kumulative Dissertation
zur Erlangung der Würde des Doktors der Philosophie
am Fachbereich Psychologie
Fakultät für Erziehungswissenschaft, Psychologie und Bewegungswissenschaft
der Universität Hamburg

vorgelegt von
Mike-Oliver Mösko

Hamburg 2012

Vorsitzender des Promotionsprüfungsausschusses: Prof. Dr. Dr. Uwe Koch-Gromus
1. Dissertationsgutachter: Prof. Dr. Holger Schulz
2. Dissertationsgutachter: Prof. Dr. Bernhard Dahme
1. Disputationsgutachter: Prof. Dr. Monika Bullinger
2. Disputationsgutachter: PD Dr. Andreas von Leupoldt
Tag der Disputation: 21. Juni 2012

Danksagung

Die vorliegende Arbeit ist dank der Mithilfe, Unterstützung, Beratung und Aufmunterung zahlreicher Menschen erst möglich gemacht worden. Einigen dieser Weggefährten möchte ich in ausdrücklicher Weise meinen innigen Dank aussprechen.

Als wissenschaftlicher Betreuer, ehemaliger Direktor des Instituts für Medizinische Psychologie und jetziger Dekan des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, hat Prof. Dr. Dr. Uwe Koch-Gromus meine Arbeit stets begleitet und aktiv unterstützt. Für diesen unschätzbaren Rückhalt bin ich außerordentlich dankbar.

Herr Prof. Dr. Holger Schulz hat mich und meine Arbeit über all die Jahre zunächst als Leiter der Arbeitsgruppe Psychotherapie- und Versorgungsforschung später dann als Forschungskordinator und Supervisor wissenschaftlich und persönlich intensiv gefördert und bereichert. Diesem außergewöhnlichen Engagement gilt mein besonderer Dank.

Den wunderbaren Mitarbeiterinnen meiner Arbeitsgruppe Psychosoziale Migrationsforschung sowie den zahlreichen Kolleginnen und Kollegen am Institut für Medizinische Psychologie gilt ebenfalls mein ganz besonderer Dank. Beispiellose Unterstützung und viele anregende Gespräche haben mich inhaltlich inspiriert und mich auf meinem Weg ermutigt.

Für ihre unschätzbare Hilfe bei der umfangreichen Dateneingabe im Rahmen der Qualitätssicherungsprojekte möchte ich mich bei den vielen ehemaligen studentischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des BaDo-Teams bedanken.

Die Datenmenge und -vielfalt der vorliegenden Arbeit wäre ohne die Mithilfe zahlreicher externer Partner nicht möglich gewesen. Für diese bereichernden Kooperationen möchte ich mich ganz herzlich bedanken.

Meinen Freunden und insbesondere meiner Familie danke ich von ganzem Herzen für ihre große Bandbreite emotionaler Unterstützung, für wunderbare Ressourcenaktivierungen und für ihre Entbehrungsbereitschaft, wenn ich statt der familiären Begegnung die Begegnung mit dem Schreibtisch vorgezogen habe.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	8
Einleitung.....	9
1. Publikation	13
Zusammenfassung	14
Einleitung	16
Methode.....	18
Ergebnisse	20
Diskussion.....	23
Literatur.....	27
Tabellen	31
2. Publikation	33
Zusammenfassung	34
Hintergrund	36
Methode.....	38
Ergebnisse	41
Literatur.....	48
Tabellen	53
3. Publikation	58
Zusammenfassung	59
1. Einleitung	61
2. Methode	63
3. Ergebnisse	65
4. Diskussion.....	74
Literatur.....	80
Tabellen	83
4. Publikation	88
Abstract.....	89
1. Introduction	91
2. Aim.....	93
3. Methods	94
4. Results	97
5. Discussion.....	107
References.....	115
Tables	121
Resümee und Diskussion.....	125
Literatur	133

Zusammenfassung

Die vorliegende kumulative Dissertation zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der psychosozialen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund setzt sich aus vier Publikationen auf der Basis von vier empirischen Studien zusammen.

Auf Grundlage einer konsekutiven Stichprobe (N= 852, Publikation 1) bzw. einer multi-zentrischen Stichprobe (N=25.066, Publikation 2) in der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen wurden die Inanspruchnahme, die Symptombelastung und die Behandlungsqualität von Menschen mit Migrationshintergrund sowie der Einfluss von Risikofaktoren untersucht. Patienten mit Migrationshintergrund zeigen eine geringere Inanspruchnahme und eine höhere psychopathologische Gesamtbelastung. Türkische Patienten und Patienten aus dem ehemaligen Jugoslawien erzielen geringere Behandlungserfolge. Die Regressionsanalyse unterstreicht die Bedeutung der klinischen und soziodemographischen Faktoren als unabhängige negative Prädiktoren des Behandlungserfolgs.

Auf der Grundlage der deutschsprachigen Version der „Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit in der therapeutischen Praxis“ (HEALTH-49) wurde eine türkischsprachige interkulturell sensitive Version entwickelt (T-HEALTH-49, Publikation 3). Die psychometrischen Eigenschaften wurden anhand einer klinischen Stichprobe türkischsprachiger Patienten (N=311) überprüft. Die psychometrischen Eigenschaften sind insgesamt zufriedenstellend. Die Veränderungssensitivität kann jedoch nicht zweifelsfrei nachgewiesen werden.

In einer regionalen Vollbefragung niedergelassener Psychotherapeuten zur „Interkulturellen Öffnung“ in der ambulanten Psychotherapie (N=485; Publikation 4) zeigt sich, dass sowohl Patienten als auch Behandler mit Migrationshintergrund in diesem Versorgungssetting unterrepräsentiert sind. Psychotherapeuten mit Migrationshintergrund betrachten sich insbesondere gegenüber ihren einheimischen Kollegen, die über wenig interkulturelle Begegnungen verfügen, als interkulturell sensibler. Insgesamt werden vielfältige Herausforderungen in der interkulturellen psychotherapeutischen Behandlung genannt.

Zur Verbesserung der psychosozialen Versorgungsergebnisse für Patienten mit Migrationshintergrund sollte die interkulturelle Öffnung im psychosozialen Gesundheitswesen weiter ausgebaut werden.

Einleitung

Die vorliegende kumulative Promotionsarbeit „Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der psychosozialen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund“ entstand im Rahmen verschiedener Forschungsprojekte der Arbeitsgruppe Psychosoziale Migrationsforschung (Leiter: Dipl.-Psych. Mike Mösko) am Institut für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf.

Die kumulative Promotion setzt sich zusammen aus vier Zeitschriftenartikeln mit Peer-Review-Verfahren (siehe Tab. 1). Sie befasst sich mit verschiedenen Aspekten der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund im deutschen psychosozialen Gesundheitssystem.

In zwei Publikationen (Nr. 1 und Nr. 2) stehen die Analyse der Prozess- und Ergebnisqualität von Patienten mit Migrationshintergrund in der psychosomatischen Rehabilitation im Vordergrund. Die dritte Publikation stellt die Entwicklung und Überprüfung eines türkischsprachigen psychometrischen Testverfahrens dar (T-HEALTH-49). Die vierte Publikation untersucht explorativ die Struktur- und Prozessqualität der interkulturellen Öffnung in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung.

Die vier empirischen Forschungsarbeiten sind in unterschiedlichen Forschungsprojekten entstanden. Die erste Publikation mit dem Titel „Beeinflusst der türkische Migrationshintergrund das Behandlungsergebnis? – Ergebnisse einer prospektiven Versorgungsstudie in der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen“ entstand im Rahmen eines Drittmittelprojekts zur externen Evaluation und Qualitätssicherung in stationären Einrichtungen der Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen. Im Fokus der Studie mit einem Stichprobenumfang von N=852 lag insbesondere die Erhebung der psychosozialen Belastungen von deutschsprachigen Patienten mit türkischem Migrationshintergrund zu Beginn der stationären rehabilitativen Behandlung im Vergleich zu deutschen Patienten. Der zweite Schwerpunkt umfasste die Evaluation der Behandlungsverläufe und die Frage, welche Bedeutung der Faktor Migrationshintergrund für den Behandlungserfolg hat. Die untersuchte Klinik hat unter anderem aufgrund eines spezifischen türkischsprachigen Behandlungsangebots ein erhöhtes Aufkommen an deutschsprachigen Patienten mit türkischem Migrationshintergrund. Die türkischsprachig behandelten Patienten wurden aufgrund

fehlender vergleichbarer türkischsprachiger psychometrischer Testverfahren nicht in die Evaluation mit einbezogen.

Die zweite Publikation mit dem Titel „Die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in der psychosomatischen Rehabilitation“ entstand ebenfalls im Rahmen eines mehrjährigen Forschungsprojekts zur externen Evaluation und Qualitätssicherung. In fünf kooperierenden Kliniken der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen wurden über einen Zeitraum von sieben Jahren konsekutiv insgesamt 30.567 Fälle erhoben.

Untersucht wurde zum einen die gesamte Gruppe der Patienten mit Migrationshintergrund und zum anderen sechs verschiedenen Migrantengruppen in der stationären Rehabilitation bei psychischen/psychosomatischen Störungen. Abhängige Variablen waren die psychosozialen Belastungen zu Beginn der Behandlung, das Behandlungsergebnis sowie die Prädiktoren für den Behandlungserfolg.

In der dritten Publikation mit dem Titel „Psychometrische Überprüfung der türkischsprachigen Version der Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit (T-HEALTH-49)“ werden anhand einer klinischen Stichprobe türkischsprachiger Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen die psychometrischen Eigenschaften eines entwickelten türkischsprachigen Selbstbeurteilungsinstruments geprüft. Die Studie wurde durch Mittel der Volkswagen-Stiftung finanziert.

Auf der Grundlage des deutschsprachigen Originalfragbogens (HEALTH-49) wurde eine interkulturell und sprachlich sensitive türkischsprachige Version entwickelt (T-HEALTH-49). Die psychometrischen Eigenschaften wurden anhand einer klinischen Stichprobe türkischsprachiger Patienten (N=311) überprüft. Die Stichprobe wurde mit Unterstützung von sechs kooperierenden psychosomatisch/psychiatrischen Einrichtungen gewonnen, die alle ein spezifisches türkischsprachiges Behandlungsangebot anbieten.

Die vierte Veröffentlichung „Cross-cultural opening in German outpatient mental health care service: An exploratory study of structural and procedural aspects“ beschreibt die Ergebnisse einer vollständigen Befragung der niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Hamburg zu verschiedenen strukturellen und prozeduralen Aspekten im Umgang mit Patienten mit Migrationshintergrund. Untersucht wurden die

Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie von Patienten mit Migrationshintergrund, die interkulturelle Diversität seitens der Behandler sowie die interkulturelle Sensitivität im psychotherapeutischen Kontext.

Tabelle 1: Übersicht der vier Publikationen

Nr.	Titel	Co-Autoren	Zeitschrift	Stand der Publikation	Finanzierung	Erhebungskontext	Zielgruppe	Stichprobe
1.	Beeinflusst der türkische Migrationshintergrund das Behandlungsergebnis? – Ergebnisse einer prospektiven Versorgungsstudie in der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen	Jens Schneider Uwe Koch Holger Schulz	Psychotherapie - Psychosomatik - Medizinische Psychologie	Publiziert: 2008 Volume: 58 Seite: 1-7 DOI: 10.1055/s-208-1067352	Externe Qualitätssicherung - Drittmittel	Stationäre Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen	Patienten mit türkischem Migrationshintergrund und deutsche Patienten	N = 852
2.	Die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in der psychosomatischen Rehabilitation	Simon Pradel Holger Schulz	Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz	Publiziert: 2011 Volume: 54(4) Seite: 465-474 DOI: 10.1007/s00103-011-1245-x	Externe Qualitätssicherung - Drittmittel	Stationäre Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen	Deutsche Patienten und sechs verschiedene Migrantengruppen	N = 30.567
3.	Psychometrische Überprüfung der türkischsprachigen Version der „Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit (T-HEALTH-49)“	Sven Rabung Bedia Tingir Simon Pradel Alexandra Dippel Markus Winkeler Jens Schneider Reiner W. Dahlbender Eckhardt Koch Meryam Schouler-Ocak Uwe Koch Holger Schulz	Psychotherapie - Psychosomatik - Medizinische Psychologie	Publiziert: 2011 Volume: 61(12) Seite: 503-11 DOI: 10.1055/s-0031-1291337	Volkswagen-Stiftung; Bewilligung am 14.05.2008	Türkischsprachige Spezialabteilungen der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen, und der stationären und ambulanten Psychiatrie	Türkischsprachige Patienten	N = 311
4.	Cross-cultural opening in German outpatient mental health care service - Explorative study of structural and procedural aspects	Fernanda Gil-Martinez Holger Schulz	Journal of Clinical Psychology & Psychotherapy	Eingereicht am : 24.08.2011 Rückmeldungen der Gutachter am: 19.11.2011 Erneut eingereicht am: 03.01.2012	Institut für Medizinische Psychologie am UKE	Ambulante psychotherapeutische Versorgung	Niedergelassene psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten	N = 485

1. Publikation

Beeinflusst der türkische Migrationshintergrund das Behandlungsergebnis? – Ergebnisse einer prospektiven Versorgungsstudie in der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen

Möske, Mike¹; Schneider, Jens²; Koch, Uwe¹ und Schulz, Holger¹

¹ Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

² Internistisch-Psychosomatische Fachklinik Hochsauerland, Bad Fredeburg

Erschienen in der Zeitschrift:

Psychotherapie • Psychosomatik • Medizinische Psychologie 2008; 58: 1-7

DOI 10.1055/s-2008-1067352

Zusammenfassung

Studienergebnisse deuten auf eine erhöhte psycho-soziale Belastung von in Deutschland lebenden Menschen mit türkischem Migrationshintergrund. In der vorliegenden Studie wurde untersucht, ob sich ein solcher Belastungsunterschied auch zu Beginn einer stationär rehabilitativen Behandlung bei Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen finden lässt, ob sich Behandlungsverläufe unterscheiden und welche Bedeutung insgesamt der Faktor Migrationshintergrund für den Behandlungserfolg hat. Zum Zeitpunkt der Aufnahme zeigte sich für die Patienten mit türkischem Migrationshintergrund (N=99 vs. N=753) eine signifikant höhere psychopathologische Gesamtbelastung. Der Behandlungserfolg fiel für die Patienten mit türkischem Migrationshintergrund geringer aus und erreicht in einigen Skalen keine nachweisbaren Verbesserungen. Die regressionsanalytische Berechnung verdeutlicht die Bedeutung des Faktors Migrationshintergrund als einen unabhängigen negativen Prädiktor des Behandlungserfolgs.

Schlüsselwörter:

Türkischer Migrationshintergrund, stationäre Rehabilitation, psychische/psychosomatische Störungen, Behandlungsergebnis

Does a Turkish migration background influence treatment outcome? – Results of a prospective inpatient healthcare study

Abstract

Study results indicate a higher psycho-social burden of people with a Turkish migration background who live in Germany. The present study researches, if such a burden difference is detectable at the beginning of an inpatient treatment program for patients with psychological/psychosomatic disorders, if different treatment progressions occur and asks which influence the factor migration background plays in terms of the treatment results. At admission patients with a Turkish migration background (N=99 vs. N=753) show a higher psychopathological burden. There was less treatment success for patients with a Turkish migration background and they didn't reach verifiable improvements in some scales. The regression analysis points out the importance of the factor migration background as an independent negative predictor of a positive treatment result.

Key words:

Turkish migration background, inpatient rehabilitation, psychosomatical/psychological disorders, treatment results

Einleitung

In Deutschland leben derzeit 15,3 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund. Zu diesen zählen nach Definition des Mikrozensus 2005 „alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil“. Die größte Population innerhalb der Migrantengruppen bilden die Menschen mit türkischem Migrationshintergrund mit 2,4 Mio. (1).

Epidemiologische Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund und körperlicher Gesundheit sind bislang uneindeutig (2). Hinsichtlich der Aspekte psychischer Gesundheit deuten epidemiologische Ergebnisse auf erhöhte Belastungen für Menschen mit Migrationshintergrund. So finden sich in regionalen Studien für die Gruppe der Menschen mit türkischem Migrationshintergrund höhere Belastungswerte bei Jugendlichen (3) und ein geringerer psychologischer Gesundheitsstatus bei Erwachsenen (4). Internationale Forschungsergebnisse belegen ebenfalls eine erhöhte psychopathologische Belastung bei türkischen Einwanderern in den Niederlanden (5), (6) und in Belgien (7). Bundesweite epidemiologische Studien zur Prävalenz psychischer Belastungen der Bevölkerungsgruppe mit türkischem Migrationshintergrund liegen bislang nicht vor. Dem Gesundheitssurvey 2003 des Robert-Koch-Instituts gelang auf dem Wege der telefonischen Datenerhebung keine repräsentative Beteiligung von Migranten (8). Die Autoren führen dies u. a. auf migrationsspezifische Barrieren bei der Befragung zurück (sprachliche Hindernisse, Erreichbarkeit etc.).

Innerhalb des hausärztlichen Versorgungssystems finden sich Hinweise auf soziokulturell geprägte Krankheitskonzepte, bei denen Patienten mit türkischem Migrationshintergrund stärker als die deutsche Vergleichsgruppe auf Behandlung durch Arzneimittel ausgerichtet sind und höhere Wirksamkeit erwarten (9). In der stationär gynäkologischen Versorgung konnte für Frauen mit türkischem Migrationshintergrund im Vergleich zu deutschen Patientinnen ein signifikant höherer psychischer Gesamtbelastungsgrad unabhängig vom Akkulturationsgrad gefunden werden (10).

Im Bereich der Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen deuten die wenigen vorliegenden Studienergebnisse auf erhöhte psychosoziale Belastungen der Patienten mit türkischem Migrationshintergrund (11, 12).

Vergleichsstichproben von Patienten ohne Migrationshintergrund wurden jedoch nicht herangezogen.

Der Erfolg einer stationären Behandlungsmaßnahme für Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen ist neben relevanten Struktur- und Prozessmerkmalen auch von zahlreichen patientenbezogenen Risikofaktoren abhängig (13). Diese Risikofaktoren, so genannte „Confounder“ (14), können einen bedeutsamen negativen Einfluss auf die Ergebnisqualität haben und den Behandlungserfolg mindern. Nachgewiesene Confounder im Rahmen der Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen sind neben der psychopathologischen Ausgangsbelastung lange Zeiten der Arbeitsunfähigkeit vor der Behandlung, höheres Alter, niedriger Schulabschluss, Partnerlosigkeit, männliches Geschlecht sowie Persönlichkeits- und Somatoforme Störungen (15, 16). Der mögliche Einfluss eines türkischen Migrationshintergrundes auf den Behandlungserfolg wurde bislang nicht systematisch erforscht. Die vorliegende Studie befasst sich mit der Untersuchung folgender Fragestellungen:

- Sind Patienten mit türkischem Migrationshintergrund zu Beginn einer stationären psychotherapeutischen Rehabilitationsbehandlung psychopathologisch stärker belastet als Patienten ohne Migrationshintergrund?
- Profitieren Patienten mit türkischem Migrationshintergrund in gleicher Weise von der stationären Rehabilitationsbehandlung wie Patienten ohne Migrationshintergrund?
- Stellt der türkische Migrationshintergrund im Vergleich mit anderen Risikofaktoren einen bedeutsamen Confounder im Hinblick auf den Behandlungserfolg dar?

Methode

Hintergrund der Studie

Im Rahmen eines Projekts zur externen Evaluation und Qualitätssicherung erfolgte die Abschätzung des Behandlungserfolges der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen auf der Basis einer prospektiven prä-post (Aufnahme und Entlassung) Untersuchung. In den Jahren 2004 und 2005 wurde eine konsekutive Stichprobe von deutschsprachigen Patienten schriftlich befragt und ergänzend von den behandelnden Therapeuten fremd eingeschätzt.

Untersuchungsinstrumente

Der eingesetzte Fragebogen wurde auf der Grundlage bereits publizierter und in früheren Studien eingesetzter Instrumente entwickelt (17) und für die spezifischen Erfordernisse der Klinik ergänzt und modifiziert. Der Aufnahme- und Entlassungsbogen der Patienten beinhaltete Items zu soziodemographischen, sozialmedizinischen und klinischen Variablen. Zur Erfassung psychopathologischer Symptomatik wurden folgende standardisierte psychometrische Selbsteinschätzungsinstrumente zu beiden Messzeitpunkten eingesetzt: Symptom-Checklist **SCL-14** (18), der Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität **SF-8** (19) und der Hamburger Selbstfürsorge Fragebogen (**HSF**) (20).

Zudem wurden als Fremdeinschätzungsinstrumente die Health of the Nation Outcome Scale, **HoNOS-D**, (21) und die Global Assessment Scale of Functioning, **GAF**, (22) eingesetzt. Darüber hinaus wurden durch die Behandler klinische und sozialmedizinische Befunde erhoben und die Entlassungsdiagnosen zur Verfügung gestellt.

Statistische Verfahren

Einzelne fehlende Werte (<30%) in den psychometrischen Testverfahren wurden mittels der Expectation-Maximization-Methode (EM-Methode) ersetzt (23). An statistischen Prüfverfahren kamen Varianzanalysen mit Messwiederholung (RMANOVA mit post-hoc berechneten t-Tests) und Chi²-Tests (χ^2) zum Einsatz. Zu diesen Tests wurden ergänzend Effektstärken *d* nach Cohen (24), *eta*² und *phi* berechnet. Bei der Berechnung von *d* wurde die gepolte Standardabweichung der Mittelwerte zum Aufnahmezeitpunkt (t₀) verwendet. Gemäß den Konventionen nach

Cohen kann ein $d > .20$ als kleine, $d > .50$ als mittlere und $d > .80$ als große Effektstärke gelten, für η^2 liegen die entsprechenden Grenzen bei .0099, .0588 und .1379, für phi bei .10, .30 und .50.

Für die Berechnung der Confoundergewichte wurde eine hierarchische multiple lineare Regressionsanalyse verwendet. Die abhängige Variable „Behandlungserfolg“ wurde hierbei anhand der prä-post Differenz des GSI (SCL-14) gemessen. Zur genaueren Bestimmung des Varianzanteils der Variable Migrationshintergrund wurde diese zusätzlich als zweiter Block in die Regressionsanalyse eingeführt.

Stichprobe

Für den Untersuchungszeitraum lagen von 1285 stationär aufgenommenen Patienten 1055 bearbeitete Patientenfragebögen vor. Patientenangaben zur Aufnahme und zur Entlassung waren von 973 Patienten verfügbar. Von diesen waren 939 Patientenfragebogen ausreichend auswertbar, d.h. dass im Sinne einer Minimalanforderung die Skalen des SCL-14 vorlagen. Die Non-Responder (N=346) unterscheiden sich von den Respondern (N=939) statistisch nicht signifikant hinsichtlich der Variablen Behandlungsdauer, Alter, Geschlecht, Familienstand, Partnersituation, Schulbildung, Erwerbssituation, Rentenantrag, AU-Zeiten vor stationären Behandlung und psychische Symptome (Gesamtschwereindex des SCL-14). Ein signifikanter Unterschied kleiner bis mittlerer Effektstärke findet sich in der Form der Entlassung (χ^2 [df=4, N = 971] = 45.4; $p < .001$; phi=.216), der therapeutischen Einschätzung der sprachlichen Fähigkeit (χ^2 [df=5, N =1094] = 103.5; $p < .001$; phi=.308) und der Nationalität der Patienten (χ^2 [df=2, N =1196] = 82.1; $p < .001$; phi=.261). So haben die Non-Responder fünf Mal häufiger vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis die stationäre Maßnahme beendet (2,1% vs. 10,1%), sie weisen eine geringere deutsche Sprachbeherrschung und doppelt so häufig die türkische Nationalität auf (11,3% vs. 27,8%).

Vor dem Hintergrund des in der Migrationsforschung etablierten und erweiterten Migrationsbegriffs von Treibel (25) wurde für einen Patient in der vorliegenden Stichprobe dann ein Migrationshintergrund kodiert, wenn entweder die Variable „Nationalität“ oder „Muttersprache“ nicht Deutsch war. Von den 939 Patienten wiesen demnach 99 einen türkischen, 87 einen anderen und 753 keinen

Migrationshintergrund auf. Die vorliegende Stichprobe von N=852 umfasst alle Patienten ohne und mit einem türkischen Migrationshintergrund.

Beide Patientengruppen erhielten kein unterschiedliches rehabilitatives Programm, sondern nahmen gemischt an allen Behandlungsmodulen in der Fachklinik teil.

Ergebnisse

Die Patientengruppe mit türkischem Migrationshintergrund (T-Mh) und die Patientengruppe ohne Migrationshintergrund (Non-Mh) unterscheiden sich nicht statistisch bedeutsam hinsichtlich des Anteils männlicher und alleinstehender Patienten, der durchschnittlichen Behandlungsdauer und dem Anteil der Patienten mit einem Rentenantragsbegehren (siehe Tab. 1). Darüber hinaus finden sich ebenfalls keine signifikanten Unterschiede im Anteil ambulanter psychotherapeutischer (χ^2 (1, N=586)=1,7; $p=.189$, $\phi=.054$), stationärer psychosomatischer/psychiatrischer/psychotherapeutischer Vorbehandlung (χ^2 (1, N = 607) = .354; $p = .552$, $\phi = .024$) bzw. stationärer Suchtbehandlung (χ^2 (1, N = 541) = .37; $p = .847$, $\phi = -.008$).

Statistische Unterschiede kleiner Effektstärke zwischen den Gruppen zeigen sich hinsichtlich des Alters, der Dauer der Arbeitsunfähigkeit vor der stationären Behandlung, des Schulabschlusses und des Erwerbsstatus sowie der Verteilung der Erstdiagnosen und der sprachlichen Fähigkeit, eingeschätzt durch die Behandler. Patienten mit türkischem Migrationshintergrund sind im Durchschnitt drei Jahre jünger, im Zeitraum eines halben Jahres vor der Behandlung drei Wochen länger arbeitsunfähig und weisen einen niedrigeren Schulabschluss und einen niedrigeren Erwerbsstatus auf (siehe Tab. 1). Bei der Fremdeinschätzung durch den Behandler wird zudem die sprachliche Fähigkeit der Patienten mit türkischem Migrationshintergrund bei großer Effektstärke als signifikant schlechter eingestuft (t (793)= 34,4, $p<.001$, $d=1.07$).

Das Diagnosespektrum der Erstdiagnosen (siehe Tab. 2) unterscheidet sich ebenfalls statistisch signifikant mit kleiner Effektstärke (χ^2 (5, N=680)=12,1; $p=.033$; $\phi=.133$): Patienten mit türkischen Migrationshintergrund leiden vergleichsweise häufiger an einer depressiven sowie einer Somatoformen Störung und seltener an einer Persönlichkeits- und Anpassungs-/Belastungsstörung. Zudem weisen sie im Durchschnitt eine geringere deutsche Sprachfähigkeit auf ($p<.001$; $\phi=.385$). Des

Weiteren benennen Patienten mit türkischem Migrationshintergrund suizidale Gedanken in den vier Wochen vor der Behandlung signifikant häufiger (44% vs. 27%) ($\chi^2(2, N=841)=11,7; p=.001; \phi=.118$).

Bei einem Vergleich der Ergebnisse der eingesetzten standardisierten Selbsteinschätzungsinstrumente (siehe Tab. 3) zeigen sich bei den Patienten mit türkischem Migrationshintergrund im Gruppenvergleich zu den Patienten ohne Migrationshintergrund signifikante Unterschiede im Bereich einer kleinen Effektstärke in allen untersuchten Skalen ($\eta^2 = .014$ bis $.048$). Das bedeutet, dass unabhängig vom Messzeitpunkt für die Patientengruppe mit türkischem Migrationshintergrund eine insgesamt höhere psychopathologische Gesamtbelastung, eine geringere Lebensqualität und ein geringeres Maß an Selbstfürsorge zu verzeichnen ist. In der Fremdeinschätzungsskala GAF findet sich dieser Gruppeneffekte ebenfalls bei kleiner Effektstärke ($\eta^2 = .011$). Im HoNOS-D liegen keine signifikanten Gruppenunterschiede vor.

Hinsichtlich des Behandlungsverlaufs zeigen sich in allen untersuchten Variablen über beide Gruppen hinweg statistisch signifikante Zeiteffekte. In den Selbsteinschätzungsskalen (siehe Tab. 3) verbessert sich die gesamte Stichprobe im Ausmaß einer kleinen bis mittleren Effektstärke ($\eta^2 = .011$ bis $.091$) und in den Fremdratings im Ausmaß einer großen Effektstärke ($\eta^2 = .162$ bis $.275$).

Die beiden Patientengruppen entwickeln sich jedoch bis zum Zeitpunkt der Entlassung unterschiedlich. So zeigt sich bei der Patientengruppe mit türkischem Migrationshintergrund eine signifikante prä-post Verbesserung kleiner Effektstärke lediglich auf der „Psychischen Summenskala“ des SF-8 und der Skala „Funktionale Aktivitätssteuerung“ des HSF. In den Subskalen und dem Globalen-Schwere-Index der SCL-14, sowie in der Skala „somatische Summenskala“ des SF-8 und der Skala „Positive Erlebnisfähigkeit“ des HSF lassen sich für diese Patientengruppe keine statistisch signifikanten Verbesserungen nachweisen. Die Patientengruppe ohne Migrationshintergrund hingegen erzielt bis auf die SCL Subskalen „Depression“ und „Somatisierung“ der SCL-14 in allen anderen Selbsteinschätzungsskalen signifikante Verbesserungen kleiner bis großer Effektstärke.

Unterschiedliche Behandlungsverläufe, bestimmt anhand signifikanter Interaktionseffekte der Faktoren Zeit (Aufnahme, Entlassung) und Gruppe (T-Mh, Non-Mh) bei mindestens kleiner Effektstärke finden sich in den Selbsteinschätzungsskalen „Depressivität“ ($\eta^2 = .015$) und dem GSI ($\eta^2 = .015$)

der SCL-14 sowie in den Skalen „Funktionale Aktivitätensteuerung“ ($\eta^2 = .032$) und „Positive Erlebnisfähigkeit“ ($\eta^2 = .014$) des HSF. Die Patienten mit türkischem Migrationshintergrund verbessern sich kaum im Laufe der Behandlung hinsichtlich dieser Skalen, wohingegen die Patienten ohne Migrationshintergrund statistisch signifikante Verbesserung aufweisen. Unterschiedliche Verläufe finden sich auch für die beiden Summenskalen des SF-8, hier bleibt der statistisch signifikante Interaktionseffekt jedoch knapp unter einer kleinen Effektstärke. Für die Fremdratings lässt sich im GAF eine signifikante Wechselwirkung kleiner Effektstärke nachweisen. Um zu überprüfen, welche Risikofaktoren in der vorliegenden Stichprobe das Behandlungsergebnis negativ beeinflussen und welche Bedeutung dabei dem Faktor Migrationshintergrund zukommt, wurden 21 theoretisch bzw. auf der Basis vorliegender Studienergebnisse ausgewählte mögliche Confounder in einer multiple Regressionsanalyse zur Vorhersage der Reduktion der Symptombelastung (GSI der SCL-14) einbezogen. Neben den in Abb. 1 dargestellten Variablen waren dies weitere psychische und somatische Erstdiagnosen, Partnersituation, Alter, Geschlecht, weitere Schulabschlüsse und Erwerbsstatus. Insgesamt kann mit den untersuchten Confoundern ein Varianzanteil in Höhe einer annähernd großen Effektstärke ($R^2=0.24$) aufgeklärt werden. Wie zu erwarten (16), erweist sich die Ausgangsbelastung als stärkster Prädiktor für den Behandlungserfolg auf der Ebene der Symptombelastung. Weitere varianzstarke Prädiktoren sind die Variablen Arbeitsunfähigkeitsdauer (je länger, umso geringer der Behandlungserfolg), türkischer Migrationshintergrund, Somatoforme Störung, Persönlichkeitsstörung und das Fehlen eines Schulabschlusses. Bei der Hinzunahme des Faktors Migrationshintergrund in einer hierarchischen multiplen Regressionsanalyse steigt die Varianzaufklärung von $R^2=0.22$ auf $R^2=0.24$.

Um zu prüfen, ob in beiden Gruppen (T-Mh, Non-Mh) die gleichen Prädiktoren den Behandlungserfolg vorhersagen, wurden getrennt für beide Gruppen lineare Regressionsanalysen berechnet. Bis auf die Ausgangsbelastung wurden unterschiedliche Prädiktoren identifiziert: In der Gruppe der Patienten mit türkischem Migrationshintergrund waren signifikante Prädiktoren AU-Zeiten ($\beta=-.15$, $t=-4.15$), Somatoforme Störungen ($\beta=-.12$, $t=-3.75$) und Anpassungs- und Belastungsstörung ($\beta=-.07$, $t=-2.15$), in der Gruppe der Patienten ohne Migrationshintergrund Partnerlosigkeit ($\beta=.28$, $t=3.11$), Persönlichkeitsstörung ($\beta=-.20$, $t=-2.45$) und der berufliche Status als Hausfrau ($\beta=.20$, $t=2.17$).

Diskussion

Auf der Basis der Ergebnisse der Non-Responderanalysen kann die vorliegende Stichprobe als repräsentativer Behandlungsausschnitt der Fachklinik eingestuft werden. Die Analysen legen allerdings auch nahe, dass der tatsächliche Anteil an Patienten mit türkischem Migrationshintergrund in der Einrichtung insgesamt höher liegt.

In dieser Studie wurde der Begriff Migrationshintergrund mit den zwei Variablen Nationalität und Muttersprache operationalisiert. Diskutiert wird jedoch auch in letzter Zeit, weitere relevante Migrationsvariablen wie das Geburtsland des Befragten und ggfs. die Integrationszeit sowie die Staatsangehörigkeit der Eltern in die Bestimmung mit einzubeziehen (26). Durch diese erweiterte Operationalisierung hätte sich vermutlich der Anteil der Patienten, die der Kategorie „Patienten mit türkischem Migrationshintergrund“ zuzuordnen sind, etwas erweitert und der Anteil der „Patienten ohne Migrationshintergrund“ reduziert.

Bei Betrachtung der sozio-ökonomischen Struktur der untersuchten Stichprobe im Vergleich zu anderen Referenzgruppen, fallen die besonderen hohen Belastungen beider Patientengruppen auf. So liegt beispielsweise im Jahr 2004 der Anteil der Arbeitslosen in der Population der Rehabilitanden in Deutschland mit 11,3% (eigene Berechnung aus (27)) deutlich unter dem der untersuchten Stichprobe mit 26% (ohne Migrationshintergrund) bzw. 37% (mit türk. Mh). In der Bevölkerung liegt die Arbeitslosenquote laut des 2. Armuts- und Reichtumsberichts der Bundesregierung (28) in dieser Zeit bei insgesamt 11,7%, für die Untergruppe aller Nicht-Deutschen bei 20,4%. Darüber hinaus sind laut dem Konsortium Bildungsberichterstattung (29) 2,8% aller Bundesbürger ohne jeglichen Schulabschluss und 43,6% haben maximal einen Hauptschulabschluss. In der Stichprobe liegt der Anteil der Patienten ohne Schulabschluss bei 5% bzw. 15% und bei der Abschlussform Hauptschule bei 54% bzw. 60%. Die untersuchte Stichprobe kann daher als eine insgesamt sozio-ökonomisch hoch belastete Patientengruppe betrachtet werden, bei der die Gruppe der Patienten mit türkischem Migrationshintergrund sogar noch etwas höhere Belastungsmomente aufweist.

Die deutschen Sprachfertigkeiten sind in der Gruppe der Patienten mit türkischem Migrationshintergrund geringer ausgeprägt. Wenngleich in der Studie dieser Faktor mit nur einem nicht standardisierten Item fremd evaluiert wurde, kann vermutet werden, dass bei der Gruppe von Patienten, die nur ausreichende bis mangelhafte

deutsche Sprachfähigkeiten aufweisen, das Ausfüllen des deutschsprachigen Fragebogens zu verzerrten Ergebnissen geführt haben kann.

Die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen in den klinischen Variablen sind bis auf eine unterschiedliche Verteilung der Erstdiagnosen als moderat zu bezeichnen. Unter der Annahme, dass systematisch kulturelle Verzerrungen im diagnostischen Prozess ausbleiben (30), sind aufgrund der Häufigkeit depressiver Störungen, Angststörungen, Anpassungs- und Belastungsstörungen in beiden Behandlungsgruppen positive Behandlungserfolge zu erwarten (31).

Zu Beginn der Behandlung zeigen die Patienten mit türkischem Migrationshintergrund in allen eingesetzten Selbsteinschätzungsskalen eine signifikant höhere Gesamtbelastung als die Patientengruppe ohne Migrationshintergrund. Diese Ergebnisse finden sich ebenso in beiden Fremdeinschätzungsinstrumenten.

Zentrales Ergebnis der vorliegenden Studie ist der Befund, dass Patienten mit türkischem Migrationshintergrund weniger von der stationären Behandlung profitieren als Patienten ohne Migrationshintergrund. Diese Diskrepanz lässt sich für die allgemeine Symptombelastung des GSI (SCL-14), die Subskala „Depressivität“, die beiden Skalen des HSF „Funktionale Aktivitätensteuerung“ und „positive Erlebnisfähigkeit“ sowie die Fremdbeurteilungsskala GAF nachweisen. Patienten mit türkischem Migrationshintergrund erreichen hier nur sehr geringe oder keine Verbesserungen, während Patienten ohne Migrationshintergrund signifikant höhere Veränderungswerte aufweisen. Tendenziell finden sich diese Ergebnisse auch in den Summenskalen des SF-8, jedoch bei statistisch nicht ausreichend großer Effektstärke.

Mögliche Gründe für dieses Ergebnis lassen auf der Basis der Ergebnisse dieser Studie nicht genau erschließen, sondern allenfalls heuristisch herleiten. So kann der geringere Behandlungserfolg zum einen auf die stärkere Ausgangsbelastung der Patienten mit türkischem Migrationshintergrund sowie die ungünstigere Ausgangssituation hinsichtlich einiger soziodemographischer Variablen zurückgeführt werden. Die Bedeutsamkeit dieser klinischen und sozio-ökonomischen Faktoren wird anhand der Ergebnisse der Regressionsanalysen deutlich. Als relevante negative Prädiktoren des Behandlungserfolgs erweisen sich neben klinischen (Art der Störung und Ausgangsbelastung) vor allem sozio-ökonomische Faktoren (ohne Schulabschluss und Arbeitsunfähigkeit). Die Höhe des β -Gewichts

im Vergleich der Confounder verdeutlicht, dass der Migrationshintergrund zumindest in der vorliegenden Stichprobe ähnlich hoch zu bewerten ist wie die Variable Dauer der Arbeitsunfähigkeit. Die Studienergebnisse deuten darauf hin, dass sich in besonderer Weise sozio-ökonomische Faktoren der Patientengruppe mit türkischem Migrationshintergrund in diesem Confounder wieder spiegeln.

Darüber hinaus könnte der geringere Behandlungserfolg damit zusammenhängen, dass das bisher für deutschsprachige Patienten mit türkischem Migrationshintergrund vorgehaltene Behandlungsangebot in der Klinik nicht spezifisch genug ist. Eventuell könnte sich der Behandlungserfolg durch eine noch stärkere sozio-kulturelle Ausrichtung des multimodalen Behandlungsangebots steigern lassen.

Denkbar wäre darüber hinaus ebenso, dass die verwendeten Instrumente nicht ausreichend kulturell sensitiv sind und die Ergebnisse einen ethno-kulturell verzerrten Unterschied im Behandlungsergebnis abbilden.

Methodisch ist kritisch anzumerken, dass auf eine Alpha-Adjustierung verzichtet wurde, da der Studie aufgrund der begrenzten Datenlage ein eher explorativer Charakter zukommt.

Für zukünftige migrationssensitive Versorgungsstudien von Menschen mit psychischen/psychosomatischen Störungen sollten zum einen die unterschiedlichen Patientengruppen mit und ohne Migrationshintergrund noch präziser spezifiziert werden. Darüber hinaus sollten neben den klinischen Faktoren in stärkerem Maße die sozio-ökonomischen Lebensumstände dieser Patientengruppe ins Blickfeld der Behandler und Forscher rücken.

Zur Beurteilung mittelfristiger Behandlungserfolge sollten zudem Kamtamnesestudien durchgeführt werden. Die inhaltliche und methodische Entwicklung ethno-kulturell sensitiver Fragebogen stellt sicherlich in Zukunft eine weitere relevante Aufgabenstellung dar. Ferner sollte nicht vergessen werden, dass in wenigen Spezialeinrichtungen in Deutschland Patienten mit türkischem Migrationshintergrund, die nicht über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen, muttersprachlich behandelt werden. Für diese Patientengruppe wäre ein türkischsprachiges ethno-kulturell sensitives Instrument zu verwenden, welches auch in einer deutschsprachigen Version vorliegen sollte, um „faire“ Vergleiche zwischen den Behandlungsgruppen vornehmen zu können. Wir haben mittlerweile mit der Übersetzung des HEALTH-49 (32) ein solches mehrdimensionales Instrument

vorgelegt, welches momentan in der Klinikroutine implementiert und psychometrisch überprüft wird (www.hamburger-module.de). Studien, die ein derartig adaptiertes Instrumentarium verwenden, könnten letztendlich dazu beitragen, die psychosomatische Rehabilitation für eine zahlenmäßig nicht unbedeutende Gruppe von Rehabilitanden zu verbessern, die aktuell nur eingeschränkt von einer solchen Maßnahme zu profitieren scheinen.

Fazit für die Praxis

Die Ergebnisse zeigen, dass Patienten mit türkischem Migrationshintergrund, die eine stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung aufsuchen, im Durchschnitt stärker psychopathologisch und sozialmedizinisch belastet sind als Patienten ohne diesen Migrationshintergrund. und dass bei ihnen bedeutsame Behandlungserfolge vergleichsweise schwerer zu erzielen sind.

Aus Sicht der Autoren erscheint es insgesamt sinnvoll migrationsspezifische Faktoren und ethno-kulturelle Verhaltens- und Erlebnismuster stärker im psychotherapeutischen bzw. rehabilitativen Prozess zu berücksichtigen, fachgerechte Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zu diesem Themenkomplex zu konzipieren und Maßnahmen der Qualitätssicherung migrationssensitiv zu gestalten, wozu auch die Entwicklung und der Einsatz geeigneter Erhebungsinstrumente gehört.

Literatur

1. Statistisches Bundesamt: Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2005, Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Vol. Fachserie 1 Reihe 2.2. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt, 2007
2. Schenk L: Migration und Gesundheit - Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. *International Journal of Public Health* 52:87-96, 2007
3. Fichter MM, Elton M, Diallinal M, Koptagel-Ila G, Fthenakis WE, Weyerer S: Mental Illness in Greek and Turkish Adolescents. *Eur Arch Psychiatr Neurol Sci* 237:125-134, 1988
4. Rogner J, Bökli E, Bartram M: Emotionales und körperliches Wohlbefinden türkischer Einwohner der Stadt Osnabrück. In In: Marschalck PW, K.H. (Hrsg.) (ed), *Migration und Krankheit*. Osnabrück, Universitätsverlag Rasch, 2001
5. Bengi-Arslan L, Verhulst FC, Crijnen AM: Prevalence and determinants of minor psychiatric disorder in Turkish immigrants living in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 37:118–124, 2002
6. van der Wurff FB, Beekman ATF, Dijkshoorn H, Spijker JA, Smits CHM, Stek ML, Verhoeff A: Prevalence and risk-factors for depression in elderly Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. *Journal of Affective Disorders* 83:33-41, 2004
7. Levecque K, Lodewyckx I, Vranken J: Depression and generalised anxiety in the general population in Belgium: A comparison between native and immigrant groups. *Journal of Affective Disorders* 97:229-239, 2007
8. Schenk L: Migration und Gesundheit - Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. Berlin, Robert-Koch-Institut, 2006
9. Ferber Lv, Köster I, Celayir-Erdogan NT: Türkische und deutsche Hausarztpatienten Erkrankungen Arzneimittelwirkungen und Verordnungen. *Gesundheitswesen* 65:304-311, 2003
10. David M, Borde T, Kentenich HT: Die psychische Belastung von Migrantinnen im Vergleich zu einheimischen Frauen der Einfluss von Ethnizität Migrationsstatus und Akkulturationsgrad. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 62:37-44, 2002

11. Schmeling-Kludas C, Fröschlin R, Boll-Klatt A: Stationäre psychosomatische Rehabilitation für türkische Migranten: Was ist realisierbar, was ist erreichbar? Rehabilitation 42:363-370, 2003
12. Nickel C, Lojewski N, Muehlbacher M, Cangoez B, Müller-Rabe T, Buschmann W, Mitterlehner FO, Lahmann C, Egger C, Kettler C, Rother N, Tritt K, Bachler E, Fartacek R, Leiberich P, Gil FP, Rother WK, Loew TH, Nickel MT: Behandlungsergebnisse stationärer psychosomatischer Rehabilitation bei türkischen Migranten Eine prospektive Studie. Gesundheitswesen 68:147-153, 2006
13. Kawski S, Koch U: Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 47:111-117, 2004
14. McNamee R: Confounding and confounders. Occup Environ Med 60:227-234, 2003
15. Schulz H, Barghaan D, Harfst T, Dirmaier J, Watzke B, Koch U: Versorgungsforschung in der psychosozialen Medizin. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 49:175 - 187, 2006
16. Steffanowski A, Löschmann C, Schmidt J, Wittmann WW, Nübling R: Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation - MESTA-Studie. Bern, Hans Huber, 2007
17. Schulz H, Lang K, Lotz-Rambaldi W, Bürger W, Koch U: Analyse von Behandlungsabbrüchen in der stationären psychosomatischen Rehabilitation anhand von Basisdokumentationen zweier Klinikträger. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 49:326-336, 1999
18. Harfst T, Koch U, Kurtz von Aschoff C, Nutzinger DO, Rüdell H, Schulz H: Entwicklung und Validierung einer Kurzform der Symptom Checklist-90-R. DRV-Schriften 33:71-73, 2002
19. Ware JE, Kosinski M, Dewey JE, Gandek B: How to score and interpret single-item health status measures: A manual for users of the SF-8 Health Survey. Lincoln, Quality Metric, 2000
20. Harfst, Schulz H, Koch U: Das Hamburger Instrumentarium zur Selbstfürsorge (HSF), in Vorbereitung: Hierzu gibt es mittlerweile eine Publikation:
Harfst, T.; Ghods, C.; Mösko, M.; Schulz, H.: Erfassung von positivem Verhalten und Erleben bei Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen

- in der Rehabilitation - der Hamburger Selbstfürsorgefragebogen (HSF).
Rehabilitation 2009; 48: 277-282
21. Andreas S, Harfst T, Dirmaier J, Kawski S, Koch U, Schulz H: A psychometric evaluation of the German version of the "Health of the Nation Outcome Scales, HoNOS-D": On the feasibility and reliability of a clinician-rated measure of severity in patients with mental disorders. *Psychopathology* 40:116-125, 2007
 22. American Psychiatric Association: GAF: Skala zur Globalen Erfassung des Funktionsniveaus. In Brähler E, Strauß B (eds), *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. Göttingen, Hogrefe-Verlag, 2002, 154-158
 23. Little R, Rubin D: *Statistical Analysis with Missing Data*. New York, John Wiley, 2002
 24. Cohen J: *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum, 1988
 25. Treibel A: *Migration in modernen Gesellschaften. Soziale Folgen von Einwanderung und Gastarbeit*. Weinheim und München, Juventa, 1990
 26. Schenk L, Neuhauser H: Methodische Standards für eine migrantensensible Forschung in der Epidemiologie. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 48:279-286, 2005
 27. Verband der Rentenversicherungsträger: *VDR Statistik Rentenzugang des Jahres 2004*. Berlin, VDR, 2005
 28. Lampert T, Saß A-C, Häfelinger M, Ziese T: *Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit - Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin, Robert Koch-Institut, 2005
 29. Konsortium Bildungsberichtserstattung: *Bildung in Deutschland - Ein indikatorrengestützter Bericht mit einer Analyse zu Bildung und Migration*. Frankfurt am Main, 2006
 30. Haasen C, Kleinemeier E, Yagdiran O: Kulturelle Aspekte bei der Diagnostik psychischer Störungen. In Assion HJ (ed), *Migration und seelische Gesundheit*, 2005, 145-155
 31. Schulz H, Barghaan D, Watzke B, Koch U, Harfst T: *Klinikvergleiche als Instrument der Qualitätssicherung in der Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen: Bedeutung von Risikoadjustie-*

rung. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen
98:663-672, 2004

32. Rabung S, Harfst T, Kawski S, Koch U, Wittchen H-U, Schulz H: Entwicklung und psychometrische Überprüfung einer verkürzten Version der „Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis“ (HEALTH-49). Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, Z Psychosom Med Psychother, 2009, 55: 162-179

Tabellen

Tabelle 1: Vergleich der Stichproben hinsichtlich soziodemographischer und sozialmedizinischer Variablen

Variable		Non-Mh N=753	T-Mh N=99	t-Test / χ^2	Sign.	ES
Alter	M (SD)	42 (10)	39 (10)	t (850) = 3.6	***	+
Geschlecht (♂)	%	50	55	χ^2 (1, N =831) =0.45		
Ohne Partner	%	34	27	χ^2 (1, N =852) = 1.65		
AU-Zeiten (6 Monate zuvor in Wochen)	M (SD)	8 (7)	11 (9)	t (850) = -4.4	***	+
Behandlungsdauer (in Tagen)	M (SD)	31 (14)	31 (7)	t (850) = 0.09		
EU-Rentantrag	%	14,7	15,1	χ^2 (1, N =851) =0.012		
Schulbildung						
keinen Abschluss	%	5	15	χ^2 (4, N = 834) = 36.4	***	+
Hauptschulabschluss	%	54	60			
Realschulabschluss	%	23	7			
Abitur/Fachabitur	%	15	8			
sonstiges	%	3	9			
Erwerbssituation						
Vollschichtig berufstätig	%	38	37	χ^2 (5, N = 793) = 11.2	*	+
Teilzeit	%	14	4			
arbeitslos	%	26	37			
Hausfrau/-mann	%	7	4			
EU-/Altersente	%	8	8			
sonstiges	%	7	10			

Signifikanzniveau: * = p<.05; ** = p<.01; *** = p<.001
Effekstärke: + = .20<d<.50

Tabelle 2: Vergleich der Stichproben hinsichtlich der Erstdiagnose (ICD-10)

Erstdiagnosen (ICD-10)	Patienten ohne Mh (N=597) in %	Pat mit türk. Mh (N=83) in %
Depressive Störungen (F32-F34)	37,2	54,1
Angststörungen (F40-F41)	11,5	12,2
Anpassungs- & Belastungsstörungen (F43)	31,4	20,3
Somatoforme Störungen (F45)	3,9	8,1
Persönlichkeitsstörungen (F60)	8,8	2,7
sonst. psych. Störungen	7,1	2,7

Tabelle 3: Vergleich der Stichproben hinsichtlich der Veränderung der Outcomevariablen zwischen Aufnahme und Entlassung

Skala	Patienten- gruppe	Aufnahme		Entlassung		Signifikanztest für den Zeiteffekt			Cohens d	Signifikanztest für Gruppeneffekt			Signifikanztest für Interaktionseffekt		
		M	SD	M	SD	F-Wert	p-Wert	eta ²		F-Wert	p-Wert	eta ²	F-Wert	p-Wert	eta ²
GSI (SCL-14)	T-Mh	1,63	0,74	1,60	0,77	20,7	+++	.024	0,04 0,34	35,8	+++	.040	13,3	+++	.015
	Non-Mh	1,32	0,68	1,08	0,69										
Depressivität (SCL-14)	T-Mh	2,25	1,14	2,20	1,19	19,6	+++	.023	0,04 0,36	29,2	+++	.033	12,7	+++	.015
	Non-Mh	1,84	1,14	1,43	1,12										
Somatisierung (SCL-14)	T-Mh	1,98	1,21	1,93	1,20	9,2	+++	.011	0,05 0,19	20,9	+++	.024	3,4		.004
	Non-Mh	1,55	1,12	1,33	1,14										
Phobische Angst (SCL-14)	T-Mh	1,18	1,12	1,13	1,08	9,9	++	.012	0,04 0,19	22,9	+++	.026	3,8	+	.005
	Non-Mh	0,79	1,02	0,59	0,90										
Somatische Summenskala (SF-8)	T-Mh	2,34	0,96	2,16	1,06	45,2	+++	.050	0,18 0,36	11,8	+++	.014	5,3	+	.006
	Non-Mh	2,09	1,01	1,73	1,03										
Psychische Summenskala (SF-8)	T-Mh	2,63	0,84	2,34	0,98	78,7	+++	.085	0,30 0,56	21,3	+++	.024	7,4	++	.009
	Non-Mh	2,32	0,98	1,77	1,02										
Funktionale Aktivitätensteuerung (HSF)*	T-Mh	2,67	0,92	2,90	0,91	80,5	+++	.091	-0,24 -0,86	20,2	+++	.024	26,4	+++	.032
	Non-Mh	2,76	0,97	3,59	0,93										
Positive Erlebnisfähigkeit (HSF)*	T-Mh	2,51	1,06	2,71	1,08	43,0	+++	.051	-0,17 -0,55	40,4	+++	.048	11,5	+++	.014
	Non-Mh	2,96	1,12	3,58	1,02										
Global Assessment of Functioning (GAF)	T-Mh	53	11	60	12	262,0	+++	.275	-0,17 -0,55	15,9	++	.011	7,7	++	.011
	Non-Mh	56	11	67	11										
HoNOS-D Gesamtwert (10)	T-Mh	1,1	0,5	0,8	0,5	134,0	+++	.162	0,55 0,58	4,0	+	.006	0,08		.000
	Non-Mh	1,0	0,5	0,7	0,5										

* invers codiert

Anmerkung: T-Mh: Patienten mit türkischem Migrationshintergrund, Non-Mh: Patienten ohne Migrationshintergrund; p<.001=+++; p<.01=++; p<.05=+.

Abbildung 1: Standardisierte Regressionskoeffizienten der signifikanten Confounder

Confounder	β Wertebereich			Kennzahlen		
	-0,16	0	0,48	β	Sign.	t
SCL-14- GSI (Begin)				0,48	+++	14,08
Türkischer Migrationshintergrund				-0,17	+++	-4,95
Arbeitsunfähigkeit				-0,17	+++	-4,88
Somatoforme Störung (F45)				-0,10	+++	-3,27
ohne Schulabschluss				-0,08	+++	-2,25
Anpassungs- & Belastungsstörung (F43)				-0,07	++	-2,20

Anmerkung: Multiple Regression für die Differenz Aufnahme-Entlassung des GSI der SCL-14. R = .50, R² = .25. Weitere untersuchte Confounder sind: Geschlecht, Rentenantrag, weitere Schulabschlüsse, Partnerschaftliche Situation, weitere berufliche Situationen, Alter und weitere Diagnosen aus dem Spektrum der psychischen Störungen. p<.001=+++; p<.01=++; p<.05=+.

2. Publikation

Die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in der psychosomatischen Rehabilitation

Möske, Mike-Oliver; Pradel, Simon; Schulz, Holger

Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Erschienen in der Zeitschrift:

Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2011;

54(4):465-474

DOI: 10.1007/s00103-011-1245-x

Zusammenfassung

Untersucht wurde, ob in der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen Menschen mit Migrationshintergrund seltener behandelt werden, stärker belastet sind, weniger von der Behandlung profitieren und ein höheres Risiko für einen negativen Behandlungserfolg haben.

Auf Grundlage einer prospektiven Stichprobe (N=25.066) wurden die Inanspruchnahme, die Symptombelastung, die Behandlungsqualität und der Einfluss von Risikofaktoren untersucht. Patienten mit Migrationshintergrund zeigen eine geringere Inanspruchnahme und eine höhere psychopathologische Gesamtbelastung. Türkische Patienten und Patienten aus dem ehemaligen Jugoslawien erzielen die geringsten Behandlungserfolge. Die Regressionsanalyse unterstreicht die Bedeutung der klinischen und soziodemographischen Faktoren als unabhängige negative Prädiktoren des Behandlungserfolgs. Behandlungskonzepte sollten sich stärker an den Bedürfnissen von Patienten mit Migrationshintergrund und an denen sozioökonomisch benachteiligter Patienten orientieren.

Schlüsselwörter

Migrationshintergrund, stationäre Rehabilitation, psychische/psychosomatische Störungen, Inanspruchnahme, Behandlungsergebnis

The care of people with a migration background in the psychosomatic rehabilitation

Abstract

It was evaluated whether in the inpatient rehabilitation of patients with mental or psychosomatic disorders people with a migration background are treated less frequently, profit less from the treatment and have a higher risk for a negative outcome.

On the basis of a prospective sample (N=25.066) the health care utilisation of inpatient rehabilitation institutions, the level of mental stress, the quality of treatment und the influence of risk factors was reviewed.

Patients with a migration background show a lower level of health care utilisation and a higher level of overall mental stress. Turkish patients and patients from formerly Yugoslavia show the least good treatment results. The regression analysis underlines the clinical and sociodemographic factors as independent negative predictors for good treatment results.

Treatment concepts should be stronger oriented to the needs of patients with a migration background and socio-economical deprived patients.

Keywords

migration background, inpatient rehabilitation, psychosomatical/psychological disorders, health care utilisation, treatment results

Hintergrund

Die aktuell in Deutschland lebenden 15,6 Millionen Menschen mit einem Migrationshintergrund [1] weisen im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung ein erhöhtes Krankheitsrisiko auf. Menschen mit Migrationshintergrund haben überdurchschnittlich häufig einen niedrigeren sozioökonomischen Status, gehen häufiger einer gesundheitsgefährdenden beruflichen Tätigkeit nach, sind häufiger arbeitslos [2] und erhalten häufiger eine Erwerbsminderungsrente [3].

Bei der psychischen Gesundheit deuten internationale epidemiologische Studien auf zum Teil erhöhte psychopathologische Belastungen von Einwanderern. Zwar lässt sich Migration allgemein als Risikofaktor für depressive Störungen meta-analytisch nicht belegen [4]. Bei der Betrachtung einzelner Migrantengruppen finden sich aber beispielsweise bei türkischen und marokkanischen Einwanderern in Belgien [5] und den Niederlanden [6, 7] höhere Depressions- beziehungsweise psychopathologische Belastungswerte als bei der einheimischen Bevölkerung und bei Einwanderern innerhalb der EU.

Repräsentative epidemiologische Daten zur Prävalenz psychischer Belastungen bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland liegen bislang nicht vor [2, 8]. Eine Bevölkerungsbefragung konnte zeigen, dass Migranten in Deutschland nicht stärker von psychischen Beschwerden betroffen sind als Nicht-Migranten [9]. Dennoch deuten Studien auf eine erhöhte psychosoziale Belastung einiger Migrantengruppen. So schätzen Spätaussiedler im Vergleich zu Deutschen ihren subjektiven Gesundheitszustand schlechter ein [10]. Bei der türkischen Migrantengruppe finden sich höhere Belastungswerte bei Jugendlichen [11], ein geringerer psychologischer Gesundheitszustand bei Erwachsenen [12] und erhöhte Suizidraten bei jungen Frauen mit türkischem Migrationshintergrund [13].

Aufgrund der demographischen Altersentwicklung ist zu erwarten, dass der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund mit potenziellem Rehabilitationsbedarf steigen wird [14]. Die aktuelle Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen durch Menschen mit Migrationshintergrund ist demgegenüber allerdings geringer [15, 16, 17] als bei der deutschen Bevölkerung.

Für die Rehabilitation von Patienten¹ mit psychischen/psychosomatischen Störungen zeigen Studienergebnisse, dass Migranten zu Beginn der Behandlung erhöhte psychosoziale Belastungen aufweisen [18, 19, 20], bedeutsame Behandlungserfolge aber vergleichsweise seltener erzielen [16, 18, 21]. Entsprechende Studien mit standardisierten Selbsteinschätzungsinstrumenten über mehrere Einrichtungen fehlen bislang.

Der Erfolg einer Behandlungsmaßnahme ist außer von relevanten Struktur- und Prozessmerkmalen auch von zahlreichen patientenbezogenen Risikofaktoren abhängig [22]. Diese Confounder [23] können einen großen negativen Einfluss auf die Ergebnisqualität haben und den Behandlungserfolg mindern. Nachgewiesene Confounder im Rahmen der Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen sind neben der psychopathologischen Ausgangsbelastung lange Zeiten der Arbeitsunfähigkeit vor der Behandlung, niedriger Schulabschluss, Partnerlosigkeit, männliches Geschlecht sowie Persönlichkeits- und somatoforme Störungen [24, 25]. Auch Migrationshintergrund erweist sich als ein negativer Prädiktor für den Behandlungserfolg. Die dahinterliegenden individuellen (zum Beispiel sozioökonomischen), einrichtungsspezifischen oder interkulturellen Einflussfaktoren werden hinsichtlich ihrer Bedeutung bislang unterschiedlich bewertet [16, 17, 18].

Die vorliegende Studie hat zum Ziel, die Inanspruchnahme, die psychopathologischen Ausgangsbelastungen und den Behandlungserfolg von Patienten mit Migrationshintergrund im Rahmen einer stationären psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung zu evaluieren.

¹ Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung, wie zum Beispiel Patient/Innen, verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung im Folgenden für beide Geschlechter.

Methode

Im Rahmen externer Evaluations- und Qualitätssicherungsforschungsprojekte wurde in fünf kooperierenden Kliniken der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen eine umfangreiche Basisdokumentation eingeführt.

Erhebungsinstrumente

Die verwendeten psychometrischen Fragebögen als Bestandteil der Basisdokumentation [26] wurden für die spezifischen Erfordernisse der Klinik ergänzt und modifiziert. Der Aufnahme- und Entlassungsbogen der Patienten beinhaltet Items zu soziodemographischen, sozialmedizinischen und klinischen Variablen. Zudem wurden durch die Behandler klinische und sozialmedizinische Befunde erhoben.

Zur Erfassung der psychopathologischen Symptomatik wurden standardisierte psychometrische Selbsteinschätzungsinstrumente zu beiden Messzeitpunkten eingesetzt: Die Symptom-Checklist SCL-14 [27], der Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität SF-8 [28] und der Hamburger Selbstfürsorgefragebogen HSF [29]. Die Datenerhebung erfolgt im Papier- und Bleistiftverfahren.

Statistische Verfahren

Einzelne fehlende Werte (<30%) in den psychometrischen Testverfahren wurden mittels der Expectation-Maximization-Methode (EM-Methode) ersetzt [30]. An statistischen Prüfverfahren kamen Varianzanalysen mit Messwiederholung (RMANOVA mit post-hoc berechneten t-Tests) und Chi²-Tests zum Einsatz. Zu diesen Tests wurden ergänzend Effektstärken d nach Cohen [31], η^2 und ϕ berechnet. Bei der Berechnung von d wurde die gepolte Standardabweichung der Mittelwerte zum Aufnahmezeitpunkt (t_0) verwendet. Gemäß den Konventionen nach Cohen kann ein $d > .20$ als kleine, $d > .50$ als mittlere und $d > .80$ als große Effektstärke gelten, für η^2 liegen die entsprechenden Grenzen bei .0099, .0588 und .1379, für ϕ bei .10, .30 und .50.

Zur Berechnung der Confoundergewichte wurde eine hierarchische multiple lineare Regressionsanalyse verwendet. Die abhängige Variable „Behandlungserfolg“ wurde hierbei anhand der Prä-Post-Differenz des GSI (SCL-14) gemessen. Zur genaueren Bestimmung des Varianzanteils der Variable Migrationshintergrund wurde diese zusätzlich als zweiter Block in die Regressionsanalyse eingeführt.

Stichproben

Die Stichprobe besteht aus insgesamt 30.567 Patienten, die zwischen 2004 und 2010 in fünf Kliniken der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen in Deutschland behandelt wurden. Keine Klinik hatte ein spezialisiertes Konzept für eine nicht-deutsche muttersprachliche Behandlung. Alle Kliniken behandelten deutschsprachige Patienten mit Migrationshintergrund im Rahmen der rehabilitativen Regelversorgung.

Von den 30.567 Patientenfragebögen zur Aufnahme waren 25.066 (82%) Patientenfragebögen ausreichend auswertbar, das heißt, dass im Sinne einer Minimalanforderung der Gesamtschwereindex des SCL-14 zu beiden Zeitpunkten vorlag. Die Non-Responder (N=5.501) unterschieden sich von den Respondern (N=25.066) statistisch nicht signifikant in den Variablen Alter und Geschlecht.

Signifikante Unterschiede, jedoch unterhalb einer kleinen Effektstärke, zeigen sich in den Variablen Familienstand (χ^2 [df=4, N=29649]=7.6; $p<.001$; $\phi=.024$), Schulabschluss (χ^2 [df=6, N=29413]=81.7; $p<.001$; $\phi=.053$), Erwerbssituation (χ^2 [df=13, N=21911]=184.3; $p<.001$; $\phi=.092$), Nationalität (χ^2 [df=1, N=22530]=23.8; $p<.001$; $\phi=-.033$), Antrag zur Erwerbsminderungsrente (χ^2 [df=1, N=26684]=17.9; $p<.001$; $\phi=-.026$), Arbeitsunfähigkeit innerhalb der letzten sechs Monate vor Beginn der Behandlung (t (20102)=4.79; $p<.001$; $d=.10$), Verteilung der Erstdiagnosen (χ^2 [df=5, N=20655]=23.9; $p<.001$; $\phi=.034$) und psychosoziale Belastung zu Behandlungsbeginn (Gesamtschwereindex des SCL-14) (t (29593)=14.2; $p=.001$; $d=.06$).

Signifikante Unterschiede kleiner und mittlerer Effektstärke zwischen den Non-Respondern und den Respondern finden sich bei den Variablen Arbeitsfähigkeit bei Entlassung (χ^2 [df=2, N=21001]=218.2; $p<.001$; $\phi=.102$) und Behandlungsdauer (t

(22516)=975.9; $p < .001$; $d = .54$). Das bedeutet, dass sich in der vorliegenden Stichprobe ein höherer Anteil an arbeitsfähigen Patienten zu Behandlungsbeginn und längere Behandlungszeiten finden.

Der in der psychosozialen Migrationsforschung wünschenswerte Operationalisierungsansatz für den Migrationshintergrund [32] war aufgrund der vorliegenden Basisdokumentation leider nicht möglich. Der Migrationshintergrund wurde für einen Patient in der vorliegenden Stichprobe dann kodiert, wenn entweder die Variable „Nationalität“ nicht Deutsch war oder die Patienten angaben, „Ausbeziehungsweise Übersiedler“ zu sein².

Von den 25.066 gültigen Angaben haben nach diesem Kriterium 4,5 % (N=1.118) der Patienten einen Migrationshintergrund. Diese heterogene Gruppe setzt sich zusammen aus 395 Ausbeziehungsweise Übersiedlern (1,6%), 666 Patienten mit einer anderen Nationalität (2,7%) und 57 Patienten mit einer deutschen und anderen Nationalität (0,2%). Die fünf häufigsten Nationalitäten sind: Luxemburg (N=115), Türkei (N=88), Italien (N=46), Kroatien (N=44) und die Niederlande (N=41).

Zur Prüfung etwaiger Unterschiede innerhalb der Migrantengruppen wurden vier Ländergruppierungen gemäß der Einteilung der Vereinten Nationen gebildet [33]. Darüber hinaus wurden die Länder des ehemaligen Jugoslawiens und der Türkei als zwei weitere Vergleichsgruppen kategorisiert.

Die Patienten mit Migrationshintergrund (N=1.118, für N= 21 fehlen Angaben) verteilen sich wie folgt: Nordwesteuropa (N=297; 26,6%), Südeuropa (N=103, 9,2%), Osteuropa (N=458, 41,0%); ehemaliges Jugoslawien (N=90, 8,1%), Türkei (N=88, 7,9%) und sonstige (N=68, 6,1%).

Über die sieben Erhebungsjahre hat sich der Anteil an Patienten mit Migrationshintergrund in den Einrichtungen nicht signifikant verändert.

² Im Folgenden werden nicht-deutsche Patienten und Aus- und Übersiedler als Patienten mit Migrationshintergrund den deutschen Patienten gegenübergestellt. Diese mangelnde inhaltliche Trennschärfe wird für den einfacheren Lesefluss und eine übersichtlichere Tabellenbezeichnung in Kauf genommen.

Ergebnisse

In der Stichprobe unterscheiden sich die Patienten mit Migrationshintergrund (Mh) von den deutschen Patienten (D) statistisch nicht bedeutsam hinsichtlich des Anteils männlicher Patienten (Tabelle 1). Weitere statistisch signifikante Unterschiede unterhalb einer kleinen Effektstärke finden sich bei den Variablen Alter, Partnersituation, Familienstand, Schulbildung, höchster Berufsabschluss, Erwerbssituation, Dauer der Arbeitsunfähigkeit vor der stationären Behandlung, Art der Entlassung, gestellte Rentenanträge und Suizidversuche.

Statistische Unterschiede kleiner Effektstärke zwischen den Gruppen zeigen sich bei der Behandlungsdauer. Patienten mit Migrationshintergrund sind im Durchschnitt länger in stationärer Behandlung.

Das Spektrum der Erstdiagnosen (Tabelle 2) unterscheidet sich zwar statistisch signifikant, aber unterhalb einer kleinen Effektstärke (χ^2 (5, N=17652)=19,7; $p=.001$; $\phi=.033$). Die Verteilung der Störungen unterscheidet sich daher bei den Patienten mit Migrationshintergrund nicht von denen deutscher Patienten.

Auch beim Vergleich der Erstdiagnosen zwischen den insgesamt sieben Patientengruppen (Patienten mit Migrationshintergrund aus Nordwesteuropa, aus Südeuropa, aus Osteuropa, aus dem ehemaligen Jugoslawien, aus der Türkei und aus anderen Ländern sowie deutsche Patienten) finden sich keine bedeutsamen Unterschiede. Bei der Differenzierung der Migrantengruppen nach soziodemographischen und klinischen Merkmalen tauchen in den Post-hoc-Analysen folgende statistisch bedeutsame Unterschiede auf: Die Gruppe der Patienten mit türkischem Migrationshintergrund ist mit durchschnittlich 39,7 Jahren am jüngsten ($F(6,24270)=12,4$; $p<.001$). Die türkischen Patienten und die Patienten aus dem ehemaligen Jugoslawien haben mit 38% die höchste Hauptschulabschlussquote. Die türkischen Patienten haben demgegenüber mit 15,9% die mit Abstand niedrigste (Fach-)Abiturquote (χ^2 (36, N=24567)=476,2; $p<.001$; $\phi=.139$). Die Arbeitsunfähigkeits(AU)-Zeiten vor der Behandlung sind bei den türkischen Patienten mit 16,2 Wochen am längsten ($F(4,22412)=8,4$; $p<.001$). Auch findet sich unter den Patienten mit türkischem Migrationshintergrund der geringste Anteil an Fachhochschul- oder Universitätsabschlüssen (9,2%) und die höchste Quote an

Patienten ohne Berufsabschluss (26,2%). Die Patientengruppe aus dem ehemaligen Jugoslawien weist vergleichbar niedrige Quoten auf (ohne Abschluss: 23,0%; Fachhochschul-/Universitätsabschluss: 11,5%) (χ^2 (30, N=22988)=358,2; $p < .001$; $\phi = .125$).

Die Patientengruppe der Nordwesteuropäer hat gegenüber allen anderen Gruppen mit 50 Tagen die längste ($F(6,19021)=36,0$; $p < .001$), die türkischen Patienten mit 39 Tagen die numerisch kürzeste Behandlungsdauer.

Psychosoziale Belastungen zu Behandlungsbeginn

Zu Beginn der stationären Behandlung zeigen sich im Vergleich der Ergebnisse aus den eingesetzten standardisierten Selbsteinschätzungsinstrumenten bei den Patienten mit Migrationshintergrund signifikant höhere psychosoziale Belastungen als bei deutschen Patienten (Tabelle 3). Signifikante Unterschiede im Bereich einer kleinen Effektstärke treten in insgesamt drei der acht untersuchten Skalen auf ($\eta^2 = .011$ bis $.013$). Das bedeutet, dass für die Patienten mit Migrationshintergrund eine insgesamt höhere psychopathologische Gesamtbelastung, höhere phobische Angst- und höhere Somatisierungswerte (alle SCL-14) zu verzeichnen sind.

Bei der Differenzierung der Migrantengruppen zeigen sich höhere Belastungswerte bei den türkischen Migranten und bei Patienten aus dem ehemaligen Jugoslawien. Sie weisen die höchste psychopathologische Gesamtbelastung (GSI des SCL-14) auf (Tabelle 4). In den Post-hoc-Analysen zeigen sich jeweils signifikante Unterschiede zu den deutschen Patienten und den weiteren vier Migrantengruppen.

Behandlungsergebnisse

Beim Behandlungsverlauf zeigen sich in allen untersuchten Variablen über beide Gruppen (Mh, D) hinweg statistisch signifikante Zeiteffekte. In den Selbsteinschätzungsskalen verbessert sich die gesamte Stichprobe mit einer kleinen bis mittleren Effektstärke ($\eta^2 = .025$ bis $.129$). Die Patienten mit Migrationshintergrund und die deutschen Patienten entwickeln sich bis zum Zeitpunkt der Entlassung in der Regel gleich (siehe Tabelle 3). So finden sich für beide

Patientengruppen auf allen Skalen signifikante Prä-Post-Verbesserungen kleiner bis großer Effektstärken.

Bei differenzierter Betrachtung der sieben Patientengruppen werden signifikante Behandlungsverbesserungen kleiner Effektstärke bei sechs der acht Skalen ($\eta^2=.011$ bis $.024$) sichtbar. Die Patientengruppen entwickeln sich jedoch unterschiedlich. In den Prä-Post-Vergleichen zeigen die Patienten mit nordwesteuropäischem Migrationshintergrund die höchsten Verbesserungsquoten.

Unterschiede in den Behandlungsverläufen, die durch signifikante Interaktionseffekte der Faktoren Zeit (Aufnahme, Entlassung) und Gruppe (Mh, D) von mindestens einer kleinen Effektstärke bestimmt werden, finden sich für keine der untersuchten Skalen.

Bei der Analyse der Interaktionseffekte über die sieben verschiedenen Patientengruppen (siehe Tabelle 4) zeigen sich jedoch für fünf Skalen bedeutsame Unterschiede im Bereich einer kleinen Effektstärke ($\eta^2=.010$ bis $.019$). Patienten aus dem ehemaligen Jugoslawien und aus der Türkei erzielen die geringsten Behandlungserfolge. Hingegen erzielen Migranten aus Nordwesteuropa und deutsche Patienten die besten Behandlungsergebnisse.

Prädiktoren für den Behandlungserfolg

Um zu prüfen, welche Risikofaktoren das Behandlungsergebnis in der vorliegenden Stichprobe negativ beeinflussen und welche Bedeutung dabei dem Faktor Migrationshintergrund zukommt, wurden 23 theoretisch beziehungsweise auf der Basis vorliegender Studienergebnisse ausgewählte mögliche Confounder in einer multiplen Regressionsanalyse zur Vorhersage der Reduktion der Symptombelastung (GSI der SCL-14) einbezogen. Neben den in Abb. 1 dargestellten Variablen waren dies: Geschlecht, Hauptschulabschluss, Partnerlosigkeit, kein Berufsabschluss, weitere Diagnosen aus dem Spektrum der psychischen Störungen sowie die sieben oben genannten Patientengruppen.

Für die Stichprobe kann mit den untersuchten Confoundern insgesamt ein Varianzanteil in Höhe einer annähernd großen Effektstärke ($R^2=0.30$) aufgeklärt werden. Wie zu erwarten [25], erweist sich die Ausgangsbelastung als stärkster

Prädiktor für den Behandlungserfolg auf Ebene der Symptombelastung. Weitere signifikante Prädiktoren sind die Variablen Antrag auf Erwerbsminderungsrente und Arbeitsunfähigkeitsdauer (je länger, umso geringer der Behandlungserfolg), Persönlichkeitsstörung, Arbeitslosigkeit, somatoforme Störung, Alter ($\beta=.04$), osteuropäischer Patient ($\beta=-.04$), Hauptschulabschluss ($\beta=-.04$), depressive Störung ($\beta=-.03$), Anpassungs- und Belastungsstörung ($\beta=-.03$), Patient aus dem ehemaligen Jugoslawien ($\beta=-.03$) und türkischer Patient ($\beta=-.03$).

Bei Hinzunahme der sieben Ländergruppierungen als weitere Prädiktoren in einer hierarchischen multiplen Regressionsanalyse, steigt die Varianzaufklärung statistisch signifikant von $R^2=0.304$ auf $R^2=0.307$.

Um zu prüfen, ob in beiden Gruppen (Mh, D) die gleichen Prädiktoren den Behandlungserfolg vorhersagen, wurden für beide getrennt lineare Regressionsanalysen durchgeführt. Bis auf die Ausgangsbelastung wurden unterschiedliche Prädiktoren identifiziert: In der Gruppe der Patienten mit Migrationshintergrund waren signifikante Prädiktoren Antrag auf Erwerbsminderungsrente ($\beta=-.15$), somatoforme Störungen ($\beta=-.14$), nordwesteuropäischer Patient ($\beta=.13$) und Arbeitslosigkeit ($\beta=-.12$). In der Gruppe der deutschen Patienten liefern die Prädiktoren Antrag auf Erwerbsminderungsrente ($\beta=-.16$) und Arbeitsunfähigkeitszeiten ($\beta=-.13$) die größte Varianzaufklärung. Weitere signifikante Prädiktoren leisten mit $\beta<.1$ keine bedeutsame Varianzaufklärung.

Diskussion

Noch immer besteht ein Wissensdefizit über die Inanspruchnahme, die psychosozialen Belastungen und über den Behandlungserfolg bei Patienten mit Migrationshintergrund in der Rehabilitation.

In der vorliegenden Studie wurden umfangreiche Patientendaten aus der stationären psychosomatischen Rehabilitation untersucht. Die Stichprobe aus Patienten der rehabilitativen Regelversorgung (N=25.066) kann auf Basis der Ergebnisse der Non-Responderanalysen als repräsentativer Behandlungsausschnitt der fünf Fachkliniken eingestuft werden. In den Einrichtungen sind nur der tatsächliche Anteil

arbeitsunfähiger Patienten zu Beginn der Behandlung und die Behandlungsdauer höher als in der Responder-Stichprobe.

Die in der Studie verwandte Operationalisierung des Begriffs „Migrationshintergrund“ entspricht unter anderem aufgrund der fehlenden Erhebung des Geburtslandes der Eltern nicht dem derzeit in der psychosozialen Migrationsforschung wünschenswerten Standard [32]. Daher ist nicht auszuschließen, dass sich in der Gruppe der deutschen Patienten auch Personen mit einem Migrationshintergrund befinden.

Eine sinnvolle Interpretation der vorliegenden Daten ist bei differenzierter Betrachtung dennoch möglich. So lässt sich die Frage, ob Menschen mit Migrationshintergrund ihren Weg in die psychosomatische Rehabilitation finden, wie folgt skizzieren: Die Inanspruchnahme stationärer rehabilitativer Fachkliniken liegt in der Stichprobe für ausländische Patienten bei 2,7% und bei Patienten mit dem Status (Spät-)Aussiedler bei 1,6%. Vergleicht man diese Inanspruchnahmeraten mit dem entsprechenden Anteil an der Gesamtbevölkerung (8,2% für Ausländer [34] und 1,6% für (Spät-)Aussiedler [35]), so zeigt sich, dass zumindest die Gruppe der ausländischen Patienten eine psychosomatische Rehabilitation deutlich seltener in Anspruch nimmt.

Diese Ergebnisse zur mangelnden Inanspruchnahme decken sich mit anderen Befunden aus der medizinischen Rehabilitation [16, 17] aber auch aus der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung [36]. Angesichts eines erhöhten Gesundheitsrisikos [2] und einer erhöhten psychosozialen Belastung von Menschen mit Migrationshintergrund erhält diese geringere Inanspruchnahme eines fachgerechten Behandlungsangebotes ein noch stärkeres Gewicht.

Die Frage, ob Menschen mit Migrationshintergrund und psychischen / psychosomatischen Störungen an anderer Stelle im deutschen Gesundheitssystem behandelt werden oder das System erst gar nicht erreichen, kann derzeit nicht beantwortet werden. Um diesen Patienten den Weg in die Rehabilitation zukünftig zu erleichtern, bedarf es einer verstärkten Anstrengung der beteiligten Akteure. Die einzelnen Migrantengruppen sind in der psychosomatischen Rehabilitation sehr

unterschiedlich vertreten. Regionale Einflüsse spielen dabei sicherlich eine wesentliche Rolle.

Bei Betrachtung möglicher Unterschiede zwischen den Patienten mit Migrationshintergrund und den deutschen Patienten zeigen sich bis auf die längeren Behandlungsdauern keine bedeutsamen soziodemographischen und klinischen Differenzen. Bei Betrachtung der Migrantengruppen fällt jedoch auf, dass türkische Patienten die ungünstigsten Ausgangsbedingungen für einen positiven Behandlungserfolg aufweisen (lange Arbeitsunfähigkeitszeiten, niedriges Bildungsniveau, kurze Behandlungsdauer). Ähnliches gilt für die Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien (niedriges Bildungsniveau). Insgesamt zeigen diese beiden Gruppen auch im Vergleich zu Referenzpopulationen [14, 37] höhere sozioökonomische Belastungswerte.

Zu Beginn der Behandlung wiesen Patienten mit Migrationshintergrund eine signifikant höhere psychopathologische Gesamtbelastung als deutsche Patienten auf (GSI des SCL-14). Die höchsten Belastungswerte haben türkische Patienten und Patienten aus dem ehemaligen Jugoslawien.

Hinsichtlich des Behandlungsverlaufs zeigen sich für Patienten mit Migrationshintergrund statistisch signifikante Verbesserungen. Interaktionseffekte finden sich nicht. Insgesamt schneiden somit die Patienten mit Migrationshintergrund nicht schlechter als die deutschen Patienten ab.

Bei einer differenzierten Betrachtung der Migrantengruppen ist festzustellen, dass Patienten aus dem ehemaligen Jugoslawien und aus der Türkei die geringsten Behandlungserfolge erzielen. Diese Ergebnisse decken sich mit Befunden aus einzelnen Kliniken und aus Fremdeinschätzungen [16, 18, 19, 20]. Die diesbezüglichen Gründe lassen sich bestenfalls heuristisch herleiten: So kann der geringere Behandlungserfolg zum einen auf die stärkere Ausgangsbelastung dieser beiden Patientengruppen sowie auf die ungünstigere Ausgangssituation bei einigen soziodemographischen Variablen zurückgeführt werden.

Die Bedeutung unterschiedlicher Faktoren für das Behandlungsergebnis wird anhand der Ergebnisse der Regressionsanalysen deutlich. Als relevante negative Prädiktoren für den Behandlungserfolg erweisen sich vor allem klinische (Ausgangslastung, Art der Störung, Antrag auf Erwerbsminderungsrente, Arbeitsunfähigkeitszeiten) und sozioökonomische Faktoren (Arbeitslosigkeit). Der Migrationshintergrund trägt hingegen zu keiner bedeutsamen Varianzaufklärung bei.

Da der Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund in höheren Altersgruppen in den kommenden Jahren steigen wird, muss sich auch die Rehabilitations- und Gesundheitsforschung intensiver mit dieser Thematik auseinandersetzen [38]. Zur Verbesserung der Versorgungslage von Menschen mit Migrationshintergrund hat in den vergangenen Jahren die interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens beigetragen [39, 40]. Diese betrifft alle klinischen Bereiche und beinhaltet zum Beispiel die Etablierung multikultureller Teams, den Einsatz psychologisch trainierter Dolmetscher und die Bereitstellung muttersprachlicher Patienteninformatoren. In der psychosomatischen Rehabilitation existieren bereits einige sprach- und kulturspezifische Behandlungsangebote [41]. Die interkulturelle Öffnung sollte auch in der rehabilitativen Regelversorgung durch den Abbau sprachlicher, kultureller und institutioneller Barrieren [42] und die Entwicklung geeigneter Behandlungskonzepte [43] gefördert werden.

Der konzeptionell übergeordnete Ansatz des Diversity Management im Gesundheitssystem [44] könnte zudem dazu dienen, anderen benachteiligten Gruppen wie zum Beispiel alleinerziehenden Müttern und Vätern, Menschen mit niedrigem Einkommen und Menschen mit Behinderungen den Zugang zur rehabilitativen Versorgung zu erleichtern.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Literatur

1. Statistisches Bundesamt (2010) Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2008, Fachserie 1 Reihe 2.2. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
2. Razum O, Zeeb H, Meesmann U et al. (2008) Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin
3. Höhne A (2007) Erwerbsminderungsrenten und medizinische Rehabilitation in Deutschland unter Berücksichtigung des Migrationshintergrunds. In: Berlin G (Hrsg) Dokumentation 12. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit, Präventionen für gesunde Lebenswelten - "Soziales Kapital" als Investition in Gesundheit. Gesundheit Berlin e.V., Berlin.
<http://www.gesundheitberlin.de/download/H%F6hne.pdf>
4. Swinnen SGHA, Selten JP (2007). Mood disorders and migration - Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 190: 6-10
5. Levecque K, Lodewyckx I, Vranken J (2007) Depression and generalised anxiety in the general population in Belgium: A comparison between native and immigrant groups. *J Affect Disord* 97:229-239
6. van der Wurff FB, Beekman ATF, Dijkshoorn H et al (2004) Prevalence and risk-factors for depression in elderly Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. *J Affect Disord* 83:33–41
7. Bengi-Arslan L, Verhulst FC, Crijnen AAM (2002) Prevalence and determinants of minor psychiatric disorder in Turkish immigrants living in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 37:118-124
8. Kirkcaldy B, Wittig U, Furnham A, Merbach M, Siefen RG (2006) Migration und Gesundheit: Psychosoziale Determinanten. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 49:873-883
9. Glaesmer H, Wittig U, Brähler E, Martin A, Mewes R, Rief W (2009) Sind Migranten häufiger von psychischen Störungen betroffen? Eine Untersuchung an einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Allgemeinbevölkerung? *Psychiatr Prax* 36:16-22

10. Wittig U, Merbach M, Siefen RG, Brähler E (2004) Beschwerden und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens von Spätaussiedlern bei Einreise nach Deutschland. *Gesundheitswesen* 66:85-92
11. Fichter MM, Elton M, Diallina M, Koptagelilal G, Fthenakis WE, Weyerer S (1988) Mental-illness in Greek and Turkish adolescents. *Eur Arch Psych Clin Neurosci* 237:125-134
12. Rogner J, Bökli E, Bartram M (2001) Emotionales und körperliches Wohlbefinden türkischer Einwohner der Stadt Osnabrück. In: Marschalck P, Wiedl KH (Hrsg) *Migration und Krankheit*. Universitätsverlag Rasch, Osnabrück, S 207-216
13. Razum O, Zeeb H (2004) Suizidsterblichkeit unter Türkinnen und Türken in Deutschland. *Der Nervenarzt* 75:1092-1098
14. Lampert T, Saß AC, Häfelinger M, Ziese T (2005) Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit: Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung. Robert Koch-Institut, Berlin
15. Korporal J, Dangel B (2004) Die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten als Voraussetzung für Beschäftigungsfähigkeit im Alter. Expertise zum 5. Altenbericht der Bundesregierung. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Berlin.
<http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/korporal-gesundheit-von-migrantinnen-migranten,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>
16. Maier C (2008) Migration und rehabilitative Versorgung in Deutschland: Ein Vergleich der Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation und eines Indikators für Rehabilitationserfolg zwischen Rehabilitanden türkischer und nicht-türkischer Abstammung. Universität Bielefeld. <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/zfv/maier.pdf>
17. Brzoska P, Voigtländer S, Spallek J, Razum O (2010) Utilization and effectiveness of medical rehabilitation in foreign nationals residing in Germany. *Eur J Epidemiol* 25:651-660
18. Mösko M, Schneider J, Koch U, Schulz H (2008) Beeinflusst der türkische Migrationshintergrund das Behandlungsergebnis? Ergebnisse einer prospektiven Versorgungsstudie in der stationären Rehabilitation von Patienten

- mit psychischen/psychosomatischen Störungen. *Psychother Psych Med* 58:176-182
19. Schmeling-Kludas C, Fröschlin R, Boll-Klatt A (2003) Stationäre psychosomatische Rehabilitation für türkische Migranten: Was ist realisierbar, was ist erreichbar? *Rehabilitation* 42:363-370
 20. Nickel C, Lojewski N, Muehlbacher M et al. (2006) Behandlungsergebnisse stationärer psychosomatischer Rehabilitation bei türkischen Migranten: Eine prospektive Studie. *Gesundheitswesen* 68:147-153
 21. Göbber J, Pfeiffer W, Winkler M, Kobelt A, Petermann F (2010) Stationäre psychosomatische Rehabilitationsbehandlung von Patienten mit türkischem Migrationshintergrund: Spezielle Herausforderungen und Ergebnisse der Behandlung. *Z Psychiatr Psychol Psychother* 58:181-187
 22. Kawski S, Koch U (2004) Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 47:111-117
 23. McNamee R (2003) Confounding and confounders. *J Occup Environ Med* 60:227-234
 24. Schulz H, Barghaan D, Harfst T, Dirmaier J, Watzke B, Koch U (2006) Versorgungsforschung in der psychosozialen Medizin. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 49:175-187
 25. Steffanowski A, Löschmann C, Schmidt J, Wittmann WW, Nübling R (2007) Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation: MESTA-Studie. Hans Huber, Bern
 26. Schulz H, Lang K, Lotz-Rambaldi W, Bürger W, Koch U (1999) Analyse von Behandlungsabbrüchen in der stationären psychosomatischen Rehabilitation anhand von Basisdokumentationen zweier Klinikträger. *Psychother Psych Med* 49:326-336
 27. Harfst T, Koch U, Kurtz von Aschoff C, Nutzinger DO, Rüdell H, Schulz H (2002) Entwicklung und Validierung einer Kurzform der Symptom Checklist-90-R. *DRV-Schriften* 33:71-73
 28. Ware JE, Kosinski M, Dewey J, Gandek B (2001) How to Score and Interpret Single-Item Health Status Measures: A Manual for Users of the SF-8 Health Survey. Quality Metric Incorporated, Lincoln, RI

29. Harfst T, Ghods C, Mösko M, Schulz H (2009) Erfassung von positivem Verhalten und Erleben bei Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen in der Rehabilitation - der Hamburger Selbstfürsorgefragebogen (HSF). *Rehabilitation* 48:277-282
30. Little RJA, Rubin DB (2002) *Statistical analysis with missing data*. John Wiley, New York
31. Cohen J (1988) *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ
32. Schenk L, Bau AM, Borde T et al. (2006) Mindestindikatorenansatz zur Erfassung des Migrationsstatus: Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 49:853-860
33. United Nations (2010) Standard Country or Area Codes for Statistics Use. <http://unstats.un.org/unsd/methods/m49/m49regin.htm>
34. Statistisches Bundesamt (2010) *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit - Ausländische Bevölkerung Ergebnisse des Ausländerzentralregisters, Vol. Fachserie 1 Reihe 2*, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
35. Statistisches Bundesamt (2010) *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit: Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2009 –*, Vol. Fachserie 1 Reihe 2.2, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
36. Mösko M, Gil-Martinez F, Schulz H (2010). *Interkulturelle Öffnung in der ambulanten Psychotherapie*. DGVT Kongress, 7. März 2010, Berlin
37. Konsortium Bildungsberichterstattung (2006) *Bildung in Deutschland: Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Bildung und Migration*. Im Auftrag der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland und des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, Bielefeld
38. Höhne A (2007). *Anke Höhne: Erwerbsminderungsrenten und medizinische Rehabilitation in Deutschland unter Berücksichtigung des Migrationshintergrunds*. Gesundheit Berlin (Hrsg.): Dokumentation 12. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit, Berlin
39. Machleidt W (2002) Die 12 Sonnenberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen in Deutschland. *Nervenarzt* 73:1208-1212

40. Krajic K, Trummer U, Wirtenberger M (2004) Migrant Friendly Hospitals in a culturally diverse Europe. The “Amsterdam Declaration” provides new momentum for improving health services for migrants and ethnic minorities and for developing more personalised services for all patients. Newsletter 24/04, Health Promoting Hospitals, Vienna
41. Gün AK (2008) Reha-Kliniken mit fremdsprachigem Angebot. Rheinische Kliniken, Köln. <http://www.rk-essen.lvr.de/behandlungsangebote/ambulanzen/rehaklinikenfremdsprachigeangeboteoktober2008.pdf>
42. Wimmer-Puchinger B, Wolf H, Engleder A (2006) Migrantinnen im Gesundheitssystem. Inanspruchnahme, Zugangsbarrieren und Strategien zur Gesundheitsförderung. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 49:884–892
43. Rodewig K (2000) Stationäre psychosomatische Rehabilitation von Migranten aus der Türkei. Sind monokulturelle Behandlungseinheiten sinnvoll? Psychotherapeut 45:350–355
44. Vinz D, Dören M (2007) Diversity policies and practices - a new perspective for health care.

Tabellen

Tabelle 1: Vergleich der soziodemographischen und sozialmedizinischen Variablen der untersuchten Stichproben

Variable		D N=23.763	Mh N=1.118	t-Test / χ^2	Sign. ES
Alter	M (SD)	47 (9.62)	46,4 (10.2)	t (24291) = 1.952	
Geschlecht (♂)	%	28,4	25,6	χ^2 (1, N =24869) = 3.997	*
Partnersituation					
kurzfristig kein(e) Partner(in)	%	15	19	χ^2 (3, N = 22100) = 14.03	**
langfristig kein(e) Partner(in)	%	17	18		
wechselnde Partner(innen)	%	2	2		
feste(r) Partner(in)	%	66	62		
Familienstand					
ledig	%	24	19	χ^2 (4, N = 24755) = 21.713	***
verheiratet	%	48	50		
getrennt lebend	%	6	9		
geschieden	%	17	18		
verwitwet	%	4	5		
Schulbildung					
noch in der Schule	%	0	1	χ^2 (6, N = 24580) = 221.393	***
kein Schulabschluss	%	1	4		
Sonderschulabschluss	%	0	0		
Hauptschulabschluss	%	22	23		
Realschulabschluss/Polytechnische	%				
Oberschule	%	35	28		
Abitur/Fachabitur	%	40	38		
sonstiges	%	2	6		
Beruflicher Abschluss					
noch in der Berufsausbildung	%	1	3	χ^2 (5, N = 23000) = 181.241	***
Lehre/Fachschule	%	47	38		
Meister	%	4	3		
Universität/Fachhochschule	%	34	29		
abgeschlossen	%				
ohne Berufsabschluss	%	5	13		
sonstiges	%	9	15		
Erwerbssituation					
berufstätig, Vollzeit	%	50	44	χ^2 (12, N = 24211) = 59.921	***
berufstätig, Teilzeit	%	24	22		
berufstätig, gelegentlich	%	0	0		
mithelfender Familienangehöriger,	%				
nicht berufstätig	%	0	1		
Hausfrau/-mann, nicht berufstätig	%	3	5		
Ausbildung, Studium	%	2	2		
beschützt beschäftigt	%	0	0		
arbeitslos gemeldet	%	10	15		
Erwerbsminderungsrente,	%				
Berufsunfähigkeitsrente, Teilrente	%	3	4		
Altersrente/Pension/Früherente	%	4	2		
Witwen-/Witwer-Rente	%	0	0		
sonstiges/unbekannt	%	4	4		
AU-Zeiten (6 Monate in Wochen)	M (SD)	9,9 (10)	11,9 (11)	t (22431) = -6.102	***
Art der Entlassung					
arbeitsfähig	%	55	46	χ^2 (2, N = 17923) = 31.997	***
arbeitsunfähig	%	39	49		
Beurteilung nicht erforderlich	%	6	5		
Behandlungsdauer (in Tagen)	M (SD)	40.5 (9,72)	42.72 (12)	t (19039) = -5.300	*** +
(Erwerbsminderungs-)Rentenantrag	%	12,1	21,5	χ^2 (1, N = 22494) = 65.247	***
Suizidversuche (letzten 6 Monate)	%	3,2	7,5	χ^2 (1, N = 24066) = 56,508	***

Signifikantniveau: * = p<.05; ** = p<.01; *** = p<.001
 Effektstärke: + = .20<d<.50
 D: Deutsch; Mh=Migrantionshintergrund

Tabelle 2: Vergleich der Erstdiagnosen (ICD-10) in der untersuchten Stichprobe

Erstdiagnosen (ICD-10)	Deutsch	Migrationshintergrund
	N=16.841 in %	N=811 in %
Depressive Störungen (F32-F34)	48,6	48,3
Angststörungen (F40-F41)	10,0	7,3
Anpassungs- & Belastungsstörungen (F43)	25,1	27,7
Somatoforme Störungen (F45)	4,8	6,4
Persönlichkeitsstörungen (F60)	2,4	3,5
sonst. psych. Störungen	8,9	6,8

Tabelle 3: Vergleich zwischen den deutschen Patienten und Patienten mit Migrationshintergrund hinsichtlich der Veränderung der Outcomevariablen zwischen Aufnahme und Entlassung

Skala	Patienten- gruppe	Aufnahme		Entlassung		Signifikanztest für den Zeiteffekt			Cohens d	Signifikanztest für Gruppeneffekt			Signifikanztest für Interaktionseffekt		
		M	SD	M	SD	F-Wert	p-Wert	eta ²		F-Wert	p-Wert	eta ²	F-Wert	p-Wert	eta ²
GSI (SCL-14)	Mh	1,23	0,61	0,86	0,57	2459,903	+++	.090	0,61 0,52	332,782	+++	.013	2,568	.000	
	D	1,53	0,68	1,18	0,71										
Depressivität (SCL-14)	Mh	1,80	1,05	1,12	0,97	2282,728	+++	.084	0,65 0,56	211,572	+++	.008	10,52	+++	.000
	D	2,16	1,07	1,57	1,10										
Somatisierung (SCL-14)	Mh	1,36	1,04	0,97	0,90	970,296	+++	.038	0,37 0,35	293,15	+++	.012	0,319	.000	
	D	1,83	1,14	1,43	1,11										
Phobische Angst (SCL-14)	Mh	0,56	0,85	0,34	0,68	641,549	+++	.025	0,26 0,24	280,093	+++	.011	4,841	+	.000
	D	0,95	1,08	0,69	0,94										
Somatische Summenskala (SF-8)	Mh	1,98	0,92	1,46	0,93	1521,837	+++	.060	0,56 0,49	161,383	+++	.007	6,17	+	.000
	D	2,28	0,92	1,83	1,01										
Psychische Summenskala (SF-8)	Mh	2,38	0,88	1,62	0,99	2231,775	+++	.087	0,86 0,69	135,92	+++	.006	32,29	+++	.001
	D	2,60	0,86	2,00	1,00										
Funktionale Aktivitätensteuerung (HSF)*	Mh	2,81	0,88	3,77	0,80	3650,617	+++	.129	-1,09 -0,92	59,358	+++	.002	14,22	+++	.001
	D	2,71	0,92	3,55	0,87										
Positive Erlebnisfähigkeit (HSF)*	Mh	2,97	0,98	3,74	0,95	2370,6	+++	.087	-0,78 -0,67	92,122	+++	.004	6,71	++	.000
	D	2,76	1,03	3,45	1,03										

* invers codiert

Mh=Migrationshintergrund, D: Deutsch

Abbildung 1: Standardisierte Regressionskoeffizienten der signifikanten Confounder

Confounder	β Wertebereich		Kennzahlen			
	-0,16	0	0,59	β	Sign.	t
SCL-14- GSI (Beginn)			0,59	+++		74,80
Antrag auf EM-Rente			-0,16	+++		-20,61
AU-Zeiten			-0,12	+++		-16,02
Persönlichkeitsstörungen			-0,06	+++		-8,56
Arbeitslosigkeit			-0,06	+++		-7,57
Somatoforme Störungen			-0,05	+++		-6,68

Anmerkung: Multiple Regression für die Differenz Aufnahme-Entlassung des GSI der SCL-14: $R = .55$, $R^2 = .30$. Weitere untersuchte Confounder sind: Geschlecht, Rentenantrag, weitere Schulabschlüsse, Partnerschaftliche Situation, weitere berufliche Situationen, Alter, die verschiedenen Migrantengruppen und weitere Diagnosen aus dem Spektrum der psychischen Störungen. $p < .001 = +++$; $p < .01 = ++$; $p < .05 = +$.

3. Publikation

Psychometrische Überprüfung der türkischsprachigen Version der „Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit (T-HEALTH-49)“

Mike-Oliver Mösko¹, Sven Rabung¹, Bedia Tingir¹, Simon Pradel¹, Alexandra Dippel², Markus Winkeler³, Jens Schneider⁴, Reiner W. Dahlbender⁵, Eckhardt Koch⁶, Meryam Schouler-Ocak⁷, Uwe Koch¹, Holger Schulz¹

¹ Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf, Institut für Medizinische Psychologie

² Klinik für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin Vogelsberg, Grebenhain

³ Klinik für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin Parkland, Bad Wildungen

⁴ Fachklinik Hochsauerland für Innere und Psychosomatische Medizin, Bad Fredeburg

⁵ Klinik für Psychosomatische Medizin, Schön am Moos, Bad Saulgau

⁶ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Marburg-Süd

⁷ Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus

Gefördert durch die Volkswagen-Stiftung (Bewilligung am 14.05.2008)

Erschienen in der Zeitschrift:

Psychotherapie • Psychosomatik • Medizinische Psychologie 2011; 61: 503-11

DOI 10.1055/s-0031-1291337

Zusammenfassung

Auf der Grundlage der deutschsprachigen Originalversion der „Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit in der therapeutischen Praxis“ (HEALTH-49) wurde eine türkischsprachige interkulturell sensitive Version entwickelt (T-HEALTH-49). Die psychometrischen Eigenschaften wurden anhand einer klinischen Stichprobe türkischsprachiger Patienten (N=311) überprüft. Der Fragebogen erweist sich als praktikabel, die dimensionale Struktur und die relative Eigenständigkeit der Module lassen sich faktorenanalytisch bestätigen. Die einzelnen Skalen zeichnen sich durch zufriedenstellende bis hohe Zuverlässigkeit und zufriedenstellende Validität aus. Die Veränderungssensitivität kann nicht zweifelsfrei nachgewiesen werden.

Der T-HEALTH-49 ermöglicht eine angemessene Berücksichtigung psychosozialer Aspekte in Diagnostik, Therapieplanung und Qualitätssicherung. Der Fragebogen kann kostenfrei abgerufen werden (www.hamburger-module.de).

Schlüsselwörter: Psychosoziale Gesundheit, Fragebogen, Psychologischer Test, türkischsprachig, interkulturell

Abstract

Based on the German original questionnaire of the “Hamburger modules for measuring generic aspects of psycho-social health in the therapeutic practice” (HEALTH-49) a Turkish speaking version (T-HEALTH-49) was cross-cultural sensitively developed. The psychometric properties have been analysed by means of a clinical sample of Turkish speaking patients (N=311). The questionnaire proves to be practical, the dimensional structure and the relatively independence of the modules have been confirmed by factor analysis. The single scales are characterised by satisfactory to high reliability and satisfactory validity.

The T-HEALTH-49 considers adequately psychosocial aspects in diagnostic, therapy planning and quality assurance. The questionnaire can be downloaded for free (www.hamburger-module.de).

Keywords: Psychosocial Health, Questionnaire, Psychological Test, Turkish language, Cross-cultural

1. Einleitung

Die Sammlung und Auswertung relevanter Patienteninformationen ist für die Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen von besonderer Bedeutung. Neben der Unterstützung standardisierter psychometrischer Selbstbeurteilungsinstrumente für die individuelle Diagnostik und Therapieplanung sind diese Testverfahren im Rahmen der Qualitätssicherung und der Evaluation therapeutischer Konzepte oder klinischer Einrichtungen von hoher Relevanz [1].

Zusätzlich zur Art und dem Ausmaß psychopathologischer Symptome nach ICD-10 [2] bilden die Beeinträchtigungen des psychischen Wohlbefindens (z. B. Lebensqualität) [3] und soziale Beziehungen (z. B. interpersonelle Probleme) [4] weitere psychosoziale Belastungsindikatoren, die bei der psychotherapeutischen Behandlung von Patienten Berücksichtigung finden. Darüber hinaus hat sich in den letzten Jahren mit der Entwicklung der International Classification of Functioning (ICF) der WHO der Blickwinkel auf Krankheitsfolgen im Bereich der Aktivitäten und Partizipation erweitert [5], wenngleich bisher für den Bereich der Psychischen Erkrankungen keine geeigneten diagnostischen Instrumente zur Verfügung stehen.

Die genannten unterschiedlichen gesundheitsbezogenen Aspekte können unter dem Begriff psychosoziale Gesundheit subsumiert werden. Die DKPM Arbeitsgruppe „Psychometrie und Psychodiagnostik“ hat ein Gesamtmodell zur Abbildung des Therapieverlaufs konzipiert, in dem der Einfluss dieser psychosozialen Gesundheitsdimensionen skizziert wird [6].

Als frei zugängliches standardisiertes Selbsteinschätzungsinstrumente erlaubt der HEALTH-49 Fragebogen [7] eine umfassende und ökonomische Erfassung verschiedener Aspekte psychosozialer Gesundheit unabhängig vom Störungsbild und dem therapeutischen Setting.

Für die in Deutschland lebenden 15,6 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund, darunter 2,4 Millionen mit türkischem Migrationshintergrund [8] sind aufgrund der zum Teil geringen Kompetenz im Bereich der Schriftsprache Deutsch [9] muttersprachliche Instrumente für die Psychosoziale Versorgung erforderlich [10, 11]. Zwar existieren türkischsprachige psychometrische Screening-Instrumente (BDI, [12], STAI [13], SF-36 [14], GHQ [15], jedoch fehlen bislang jedoch türkischsprachige Instrumente, die eine umfassende Diagnostik und Evaluation psychosozialer Gesundheit ermöglichen.

Durch das Fehlen psychometrisch geprüfter türkischsprachiger Testverfahren mindert dies im Einzelfall nicht nur die Behandlungsqualität sondern ist im Rahmen der psychosozialen Migrationsforschung auch mit ein Grund für das Fehlen repräsentativer epidemiologischer Studiendaten zur Psychosozialen Gesundheit dieser Bevölkerungsgruppe [16-19].

Die Entwicklung psychometrischer Testverfahren für Menschen anderer Sprachräume erfordert ein hohes Maß an interkulturell sensitiver und unabhängiger Übersetzungsarbeit auf der Basis qualitativer Standards [20, 21].

Die vorliegenden Ergebnisse ermöglichen Aussagen über Praktikabilität, Dimensionalität, Reliabilität und Validität des entwickelten türkischsprachigen psychometrischen Instruments.

2. Methode

2.1 Entwicklung des türkischsprachigen Fragebogens

Die ursprüngliche deutschsprachige Version des HEALTH-49 [7] wurde für die türkischsprachige Übersetzung einem dreistufigen interkulturell und sprachlich sensitiven Übersetzungsverfahren unterzogen. Der Fragebogen wurde zunächst von einer staatlich geprüften Übersetzerin ins Türkische übersetzt. Anschließend wurde dieses Dokument von einer zweiten unabhängigen und ebenso qualifizierten Übersetzerin wieder ins Deutsche zurückübersetzt. Die Diskrepanzen der beiden Übersetzungen wurden in einem dritten Schritt von drei unabhängigen Experten mit türkischem Migrationshintergrund und türkischer Muttersprache sowie dem Erstautor diskutiert. Ein hohes Maß an Diversität wurde bei den Experten durch die unterschiedlichen beruflichen (psychologischer Psychotherapeut, staatlich geprüfte Übersetzerin, Ökonomin) und kulturell-sprachlichen Hintergründe erreicht (Eltern stammen aus verschiedenen (Dialekt-)Regionen in der Türkei).

Die erstellte Fassung des T-HEALTH-49 wurde im Rahmen einer Usability-Studie auf seine Anwendbarkeit und Praktikabilität hin untersucht. Zwanzig türkischsprachige Patienten, die in einer an der Studie beteiligten Fachklinik der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen behandelt wurden, füllten den Fragebogen aus und wurden anschließend von einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin interviewt. Die Rückmeldungen führten zu leichten Modifikationen des Fragebogens.

2.2 Instrumente

Der T-HEALTH-49 besteht aus 49 Items, sechs eigenständigen Modulen und neun Skalen (Somatoforme Beschwerden, Depressivität, Phobische Ängste, Psychisches

Wohlbefinden, Interaktionelle Schwierigkeiten, Selbstwirksamkeit, Aktivität und Partizipation, Soziale Unterstützung und Soziale Belastung).

Neben dem T-HEALTH-49 kamen verschiedene Kurzversionen türkischsprachiger standardisierte Fragebögen zum Einsatz: Eine 14-Item-Kurzform der „Symptomcheckliste SCL-90-R“ [22-26], eine 25-Item-Version des „Inventars zur Erfassung Interpersonaler Probleme IIP-D“ [4, 27, 28] sowie die 8-Item-Kurzform der „MOS Health-Survey Short-Form SF-36“ [29, 30]. Ergänzt wurde die gesamte türkischsprachige Fragebogenbatterie um soziodemographische und klinische Elemente einer Basisdokumentation.

2.3 Studien-Design

Zur Überprüfung der psychometrischen Eigenschaften des T-HEALTH-49 wurde die Fragebogenbatterie von türkischsprachigen Patienten ausgefüllt, die sich aufgrund ihrer psychischen Störung in psychotherapeutischer bzw. fachärztlicher Behandlung befanden. Die beteiligten öffentlichen Versorgungseinrichtungen zeichnen sich alle durch ein spezifisches türkischsprachiges psychotherapeutisches Behandlungsangebot aus. Die sechs an der Studie beteiligten Einrichtungen setzen sich zusammen aus vier Fachkliniken der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen, einer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie und einer psychiatrischen Institutsambulanz. In den fünf stationären Einrichtungen erhielten die türkischsprachigen Patienten die Fragebogenbatterie zu Beginn des Aufenthalts und zum Ende ihrer Behandlung, in der Ambulanz nach dem Erstgespräch.

Zur weiteren psychometrischen Überprüfung wurden die vorliegenden Ergebnisse mit klinischen und gesunden Stichproben aus zwei groß angelegten Studien

verglichen, in denen die deutschsprachigen Ursprungsversion des HEALTH-49 (HEALTH-79) eingesetzt wurde [7, 31].

2.4 Psychometrische Analysen zum T-HEALTH-49

Fälle mit weniger als 70% gültigen Angaben wurden von der weiteren Auswertung ausgeschlossen. In den verbleibenden Datensätzen wurden einzelne fehlende Werte (pro Fall im Mittel ein Fehlwert im HEALTH-49-Fragebogen) mittels der Expectation-Maximization-Methode (EM-Methode) ersetzt [32]. Die Dimensionalität des Instrumentariums wurde mittels konfirmatorischer und explorativer Faktorenanalysen überprüft. Die Reliabilität der Skalen wurde über die Berechnung interner Konsistenzen (Cronbachs α), Trennschärfe-Koeffizienten sowie Test-Retest-Korrelationen bestimmt. Zur Untersuchung der Verteilungseigenschaften wurden Decken- und Bodeneffekte ermittelt. Schiefe und Kurtosis wurden als Hinweise auf mögliche Abweichungen von der Normalverteilung bestimmt. Hinweise auf die Validität der T-HEALTH-Skalen wurden über Pearson-Korrelationen zu den weiteren eingesetzten Instrumenten sowie durch den Vergleich umschriebener Subgruppen ermittelt. Anhand der Verlaufsdaten konnten zudem Prä-post-Effektstärken zur Beurteilung der Veränderungssensitivität bestimmt werden.

3. Ergebnisse

3.1 Stichprobe

Die Ausgangsstichprobe der türkischsprachigen Patienten, die die Fragenbogenbatterie bearbeitet hat, umfasst zum Aufnahmezeitpunkt 311 Patienten, zum Entlasszeitpunkt 268 Patienten (davon 59,1% weiblich). Die Patienten waren im Mittel 46,7 Jahre alt (SD=7,8; Range = 22-72 Jahre). 79,1% der Patienten waren

zwischen 40 und 60 Jahre alt. 48,7% waren aktuell in Voll- oder Teilzeit beschäftigt. 19,6% waren arbeitslos gemeldet, 17,7% gaben an Hausfrau/Hausmann bzw. nicht berufstätig zu sein, 6,8% waren berentet. Verheiratet waren 67,9% der Patienten, 22,4% geschieden oder getrennt lebend, 2,3% gaben als Familienstand ledig an, 3,9% waren verwitwet. Fast die Hälfte der Patienten (45,0%) gibt als höchsten Schulabschluss „Ilkukul“ an, was der deutschen Grundschule entspricht, 17,1% haben einen Hauptschulabschluss, 14,4% einen Realschulabschluss, 8,7% gaben Abitur an, 14,8% einen sonstigen Abschluss. Die durchschnittliche Behandlungsdauer der stationär behandelten Patienten lag bei 35,6 Tagen (SD=9,7). Die drei häufigsten psychischen Erstdiagnosen waren F32-33 (66%), F45 (10%) und F43 (9%).

3.2 Praktikabilität

Zum Aufnahmezeitpunkt wurden im Mittel 43 der 49 Items bearbeitet (87,7%). Diese Quote schwankt je nach Skala zwischen 83% (Skala „Soziale Belastung“) und 92% (Skala „Somatisierung“). Betrachtet man nur Patienten, die mindestens ein Item des HEALTH-49 bearbeitet haben, verbessert sich der Anteil bearbeiteter Items zum Aufnahmezeitpunkt im Mittel auf 90,3% (n=302). Zum *Entlasszeitpunkt* wurden durchschnittlich 82,5% der Items bearbeitet. Die Beantwortungsquote liegt hier zwischen 75,2% („Soziale Belastung“) und 87,3% („Somatisierung“). Werden nur die Fälle betrachtet, bei denen mindestens ein Item des HEALTH-49 vorliegt (n=245), verbessert sich der Anteil bearbeiteter Items zum Entlassungszeitpunkt im Mittel auf 90,2%.

3.3 Dimensionalität

Zur Überprüfung der faktoriellen Struktur des T-HEALTH-49-Fragebogens wurden Faktorenanalysen mit den Patientenangaben zu Behandlungsbeginn durchgeführt, bei denen mindestens 70% aller Items des T-HEALTH-49-Fragebogens beantwortet wurden (n = 294). Mit Hilfe der konfirmatorischen Faktorenanalyse (CFA) wurde der „Standardized Root Mean Square of Residuals“ Index (SRMR; [33]) berechnet. Dieser gibt an, wie genau das spezifizierete Modell die Daten reproduziert wird. Ferner wurde der „Root Mean Square Error of Approximation“ (RMSEA, z. B. [34]) bestimmt. Dieser Fit-Index berücksichtigt gleichzeitig den absoluten Modell-Fit, die Sparsamkeit des Modells und die Stichprobengröße. Beide Prüfgrößen liegen mit Werten von 0,071 bzw. 0,054 unterhalb der von Hu und Bentler [35] angegebenen cut-off Werten von 0,08 (SRMR) bzw. 0,06 (RMSEA) und sprechen damit für die Angemessenheit des Modells. Die dritte Prüfgröße, der „Comparative Fit Index“ (CFI, [36]), misst den inkrementellen Zuwachs an Modell-Fit im Vergleich zu einem Modell, in dem die Kovarianzen der manifesten Variablen auf Null fixiert und nur die Varianzen frei geschätzt werden. Dieser Wert liegt mit einem Wert von 0,967 oberhalb des Mindestwertes von 0,90 [35], der für ein akzeptables Modell gefordert wird.

Eine zusätzlich durchgeführte explorative Faktorenanalyse mit anschließender Varimax-Rotation legte eine 10-faktorielle Lösung nahe (12,69; 3,68; 3,08; 2,76; 2,32; 1,96; 1,82; 1,50; 1,29; 1,11; 0,99; 0,89). Diese Faktoren klären insgesamt 65,8% an der Gesamtvarianz auf. Die Items der Skalen „Somatoforme Beschwerden“, „Phobische Ängste“, „Psychisches Wohlbefinden“, „Interaktionelle Schwierigkeiten“, „Selbstwirksamkeit“, „Soziale Unterstützung“ und „Soziale Belastung“ laden jeweils eindeutig auf eigenen Faktoren. Ein Item der Skala „Depressivität“ lädt höher auf dem Faktor „Phobische Ängste“ (0,440 vs. 0,405). Ein Item der Skala „Aktivität und Partizipation“ lädt höher auf dem Faktor „Depressivität“ (0,353 vs. 0,335). Darüber hinaus bilden zwei weitere Items der Skala „Aktivität und

Partizipation“ einen eigenen Faktor (Faktorladungen 0,88 bzw. 0,90). Insgesamt können 47 der 49 Items eindeutig einer Skala zugeordnet werden.

3.4 Reliabilität

Die internen Konsistenzen (Cronbachs α) sowie die mittlere Trennschärfekoeffizienten als Indikatoren für die Reliabilität der Skalen des T-HEALTH-49-Fragebogens sind in Tabelle 1 aufgeführt. Die internen Konsistenzen der Skalen liegen mit Werten zwischen 0,80 und 0,90 (Aufnahme) bzw. 0,83 bis 0,92 (Entlassung) insgesamt im hohen Bereich. Lediglich die Skala „Soziale Belastung“ weist mit 0,74 (Aufnahme) bzw. 0,71 etwas niedrigere Werte auf, liegen jedoch noch in einem zufriedenstellenden Bereich. Die Trennschärfe der einzelnen Items liegt durchgehend im mittleren bis hohen Bereich (alle $r_{it} > 0,50$). Die Test-Retest-Reliabilität wurde über die Berechnung der Pearson-Korrelationen zwischen den Aufnahme und Entlassungswerten bestimmt. Eine Konfundierung mit möglichen Behandlungseffekten kann aufgrund der geringen nachweisbaren Prä-Post-Veränderungen (siehe 3.7 Veränderungssensitivität) vernachlässigt werden. Die ermittelten Test-Retest-Reabilität sind für die Skalen „Somatoforme Beschwerden“ ($r_{tt}=.622$), „Depressivität“ ($r_{tt}=.530$), „Phobische Ängste“ ($r_{tt}=.679$), „Psychische und somatoforme Beschwerden“ ($r_{tt}=.607$) und „Soziale Unterstützung“ ($r_{tt}=.559$) als gut zu bewerten. Bei den Skalen „Interaktionelle Schwierigkeiten“ ($r_{tt}=.460$), „Selbstwirksamkeit“ ($r_{tt}=.466$), „Aktivität und Partizipation“ ($r_{tt}=.336$), „Soziale Belastung“ ($r_{tt}=.345$) und „Psychisches Wohlbefinden“ ($r_{tt}=.288$) finden sich schwache bis mäßige lineare Zusammenhänge.

3.5 Verteilungseigenschaften

Die Verteilungskennwerte der T-HEALTH -Skalen finden sich ebenfalls in Tabelle 1. Nennenswerte Bodeneffekte, die Häufungen in Richtung der ungünstigsten Ausprägung messen, lassen sich für keine der T-HEALTH-Skalen feststellen. Bei sieben der neuen Skalen finden sich keine Deckeneffekte (Anteile von Fällen in der ungünstigsten Antwortkategorie von mehr als 20%). Allerdings zeichnen sich bei Aufnahme deutliche Deckeneffekte für die Skalen „(mangelndes)Psychisches Wohlbefinden“ und „(mangelnde)Selbstwirksamkeit“ bzw. für die letzt genannte auch bei Entlassung ab.

Alle Skalen weisen einheitlich eine leicht rechtssteile Verteilung auf (negative Schiefe, Deckeneffekte), die im Vergleich zur Normalverteilung mit einem uneinheitlichen Kurvenverlauf ausfällt (positive und negative Kurtosis, vgl. Tab. 1)

3.6 Faktorielle und Konstrukt-Validität

Die Ergebnisse der Korrelationsberechnungen zwischen den T-HEALTH-49-Skalen und den Skalen der anderen in der Studie verwandten psychometrischen Testverfahren sind in den Tabellen 2 und 3 dargestellt. Die einzelnen T-HEALTH-49-Skalen korrelieren untereinander durchschnittlich mit $r = 0,36$ (Aufnahme $r = 0,36$, Entlassung: $r = 0,36$). Dies spricht für eine relative Eigenständigkeit der Skalen. Bei der Skala „Depressivität“ finden sich leicht höhere Interkorrelationswerte. Die Skalen „Soziale Belastung“ sowie „Soziale Unterstützung“ weisen hingegen die niedrigsten Interkorrelationswerte auf (vgl. Tab. 2).

Die Konstruktvalidität wird durch zahlreiche Korrelationen zwischen den Skalen des T-HEALTH-49 und den konzeptuell und inhaltlich verwandten Skalen anderer psychometrischer Fragebogen unterstrichen. So besteht die höchste Korrelation der Skala „Somatoforme Beschwerden“ (SOM) zur Skala „Somatisierung“ des SCL-14

($r=0,81$), die höchste Korrelation der Skala „Depressivität“ (DEM) zur „Skala Depressivität“ des SCL-14 ($r=0,76$) und dem Gesamtwert (GSI) des SCL-14 ($r=0,76$), die höchste Korrelation der Skala „Phobische Ängste“ (PHO) zur Skala „Phobische Angst“ des SCL-14 ($r=0,83$), die höchste Korrelation der Gesamtskala „Psychische und somatoforme Beschwerden“ (PSB) zur Gesamtskala GSI des SCL-14 ($r=0,81$). Darüber hinaus weist der Gesamtwert des ADS die höchsten Korrelationen zur Skala DEP des T-HEALTH-49 ($r=0,71$), die „Psychische Summenskala“ des SF-8 die höchste Korrelation zur Skala PSB ($r=0,67$) und die „Körperliche Summenskala“ des SF-8 die höchste Korrelation zur Skala SOM ($r=0,72$). Der Gesamtwert des IIP-25 korreliert konstruktnah am höchsten mit den Health-Skalen „Depressivität“ ($r=0,33$), „Interaktionelle Schwierigkeiten“ ($r=0,31$) und „Aktivität und Partizipation“ ($r=0,30$, alle $p<,001$).

Für die anderen Skalen des T-HEALTH-49 (WOHL, SELB, AUP, SOZU, SOZB) wurden keine konstruktnahen Instrumente eingesetzt. Zum Aufnahmezeitpunkt findet sich die höchste Korrelation zur Skala WOHL für die „Psychische Summenskala“ des SF-8 ($r = 0,37$). Die Skalen SELB und AUP korrelieren am höchsten mit dem ADS Gesamtwert ($r = 0,54$). Die Skalen SOZU und SOZB zeigen sich weitestgehend unabhängig (alle $r < 0,36$ bzw. $< 0,28$).

Bei der Betrachtung möglicher Geschlechtsunterschiede der türkischsprachigen Stichprobe in den psychosozialen Belastungen finden sich in sechs der zehn T-HEALTH Skalen (SOM, DEP, PHO, PSB, WOHLB, INT) signifikant höhere Beeinträchtigungswerte bei weiblichen Patienten. Diese Unterschiede entsprechen einer mittleren (SOM; $d = 0,64$; PSB, $d = 0,51$) bzw. einer kleinen Effektstärke (DEP; $d = 0,25$; PHO, $d = 0,34$, WOHL, $d = 0,34$, INT, $d = 0,21$). Keine signifikanten Geschlechtsunterschiede finden in den Skalen SELB, AUP, SOZU und SOZB.

Signifikante Alterseffekte finden sich in der türkischsprachigen Stichprobe zum Aufnahmezeitpunkt bei vier der zehn Skalen. Die signifikante Korrelationen zwischen Alter und Skalenwert liegen im Bereich einer kleinen Effektstärke (SOM, $r=,196$, $p=,002$; PHO, $r=,173$, $p=,006$; INT, $r=,129$, $p=,042$; SELB, $r=,140$, $p=,029$).

Zur Beurteilung der Konstruktvalidität des T-HEALTH-49 wurden die Skalenmittelwerte und Standardabweichungen der stationär behandelten türkischsprachigen Menschen mit psychischen Störungen verglichen mit denselben Werten deutschsprachiger Gesunder, deutschsprachig „Psychisch Erkrankter in der Primärversorgung“ und deutschsprachig „Psychisch Erkrankter in der stationären Versorgung“ (siehe Tabelle 4).

Die Vergleichsgruppe der „Psychisch Erkrankten in der stationären Versorgung“ bezieht sich auf die in der QS-Reha®-Studie ($n=1.523$) erhobenen deutschsprachigen Stichprobe in verschiedenen Fachkliniken für psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Die Stichprobe der deutschsprachigen Gesunden und Psychisch Erkrankten in der Primärversorgung wurde im Rahmen der DETECT-Studie ermittelt. Die Hausärzte bestimmten die körperliche und psychische Mortalität, den psychosozialen Funktionsstatus und die autonome Selbstversorgung ihrer Patienten auf einer vierstufigen Skala (Skalierung von „unauffällig/gesund“ bis „schwerst auffällig/krank“). Zur Gruppe der „Gesunden“ ($n = 2.284$) wurden all die Patienten zugeordnet, die von ihrem Hausarzt in allen Aspekten des aktuellen Gesundheitszustandes als unauffällig bzw. gesund eingeschätzt wurden. Als „Psychisch Erkrankte in der Primärversorgung“ wurden all diejenigen bewertet, deren psychische Morbidität durch den behandelnden Hausarzt als deutlich oder schwerst auffällig eingestuft wurde ($n = 843$).

Die Ergebnisse in Tabelle 4 verdeutlichen, dass die türkischsprachige Stichprobe im Vergleich zu den drei anderen Patientengruppen (Gesunde, psychisch Erkrankte in der Primärversorgung und psychisch Erkrankte in der stationären Versorgung) deutlich höhere Belastungswerte aufweisen. Die berechneten Varianzanalysen waren für alle Skalen signifikant ($p < ,001$). Die im Anschluss durchgeführten Scheffé-Post-Hoc-Tests waren für alle Scheffé-Tests ebenfalls signifikant. Bis auf den Einzelvergleich SOZU „DETECT Psychisch Krank“ vs. „DETECT Gesund“ ($p < ,05$) lagen alle weiteren Einzelvergleiche bei $p < ,001$.

Die Belastungsunterschiede der türkischsprachigen Patienten in der stationären Versorgung gegenüber den deutschen Patienten in der Primärversorgung erreichen mit Ausnahme der Skalen SOZU (Cohen's $d = 0,65$) und SOZB ($d = 0,75$) hohe Effektstärken (alle Cohen's $d \geq ,80$). Die Belastungsunterschiede liegen sogar gegenüber den deutschen Patienten in der stationären Versorgung bei fünf Skalen im großen Effektstärkebereich (SOM, SEP, PHO, PSB, SELB; $0,96 \leq d \leq 1,49$), bei drei Skalen im mittleren (WOHLB, INT, AUP, $0,61 \leq d \leq 0,75$) und bei zwei Skalen im kleinen Effektstärkebereich (SOZU, $d = 0,44$; SOZB, $d = 0,35$).

Zusätzlich konnte auf der Basis ausreichender Entlassungsdiagnosen die differentielle Validität zweier Skalen ermittelt. So unterscheiden sich auf der Skala „Depressivität“ Patienten mit einer depressiven Störung (F32, F33, F34.1) mit einem Mittelwert von 2,83 (SD=0,86) gegenüber Patienten ohne eine solche Störung signifikant ($M=2,29$, $SD=1,02$) ($t(65,7) = 3,18$, $p=0.002$). Auf der Skala „Somatoforme Beschwerden“ zeigen Patienten mit einer somatoformen Störung (F45) mit einem Mittelwert von 3,05 (SD=0,77) gegenüber Patienten ohne eine solche Störung signifikant ($M=2,67$ $SD=0,97$) ($t(180) = 2,905$, $p=0.004$).

3.7 Veränderungssensitivität

Die Veränderungssensitivität des T-HEALTH-49 wurde anhand der Verlaufsdaten der stationären Rehabilitation von Menschen mit psychischen/psychosomatischen Störungen ermittelt (n= 181). Die Ergebnisse der standardisierten Effektstärken (SES) der Prä-Post-Veränderungen der T-Health-49 Skalen sowie der korrespondierenden Skalen sind in Abbildung 1 dargestellt. Daraus geht hervor, dass sich in keiner der sechs T-HEALTH-49 Skalen Veränderungen einer mindestens mittleren Effektstärke nachweisen lassen ($SES > 0,50$). Lediglich für die Gesamtskala (Wohl = 0,30) und eine weitere Skala (SOZB = -0,21) sind Veränderungen im Ausmaß einer kleinen Effektstärke ($SES > 0,20$) nachweisbar. Die SES der verbleibenden sieben Skalen liegen unterhalb einer kleinen Effektstärke ($SES < 0,20$) im Bereich zwischen -0,04 und 0,10.

Beim Vergleich der T-HEALTH-49 Skalen mit den inhaltlich nahestehenden Skalen der verwendeten Instrumente (z. B. T-HEALTH-49-DEP vs. SCL-14-DEP) wird deutlich, dass es keine bedeutsamen Unterschiede in den Veränderungsmessungen gibt, da die SES der Veränderungsmessungen unterhalb einer kleinen Effektstärke liegen. Die korrespondierenden Skalen weisen ebenfalls sehr geringe Veränderungswerte auf.

4. Diskussion

Die skizzierte Studie verfolgte zwei Ziele. Zunächst wurde auf der Basis eines bestehenden deutschsprachigen psychometrischen Verfahrens zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit eine interkulturell sensitive türkischsprachige Version entwickelt. Darüber hinaus wurde das türkischsprachige Instrument einer psychometrischen Überprüfung unterzogen. Die Stichprobe setzt sich zusammen aus türkischsprachigen Patientinnen und Patienten mit psychischen /psychosomatischen Störungen, die in Deutschland behandelt wurden.

Die interkulturell sensitive türkischsprachige Übersetzung des HEALTH-49 wurde in Anlehnung an die qualitativen Richtlinien interkultureller Übersetzung von Guillemin et al. [20] durchgeführt. Neben einer qualifizierten unabhängigen (Re-)Übersetzung durch geprüfte Übersetzerinnen erfolgte die strukturierte Nachbearbeitung der Abweichungen in einem sprachlich und kulturell vielfältigen interdisziplinären Gremium. Die anschließende Usabilityprüfung wurde mit türkischsprachigen Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen durchgeführt.

Als zusätzlichen qualitätssichernden Schritt im Übersetzungsprozess wird die Erstellung einer zweiten parallelen (Re-)Übersetzung gefordert [37]. Diese sicherlich sinnvolle Anforderung konnte aufgrund der begrenzten Projektressourcen nicht umgesetzt werden. Die umfangreiche Arbeit des heterogenen Gremiums hat diese Lücke weitestgehend kompensiert. Insgesamt kann der Übersetzungsprozess als hinreichend valide erachtet werden.

Die Praktikabilität der türkischsprachigen Version des HEALTH-49 fällt im Vergleich zum deutschsprachigen Verfahren schlechter aus. Der Anteil der fehlenden Werte von deutschsprachigen Patienten in der stationären Rehabilitation psychischer/ psychosomatischer Störungen [7] liegt mit durchschnittlich 2,8% unter dem der türkischsprachigen Stichprobe (9,8%). Die etwas geringere Praktikabilität des T-

HEALTH-49 beruht nach Ansicht der Autoren weniger auf einer eingeschränkten Qualität des Instruments für die türkischsprachige Zielgruppe. Dieser Umstand ist möglicherweise auf zwei andere Ursachen zurückzuführen. Zum Einen ist der allgemeine Bildungsstand der vorliegenden türkischsprachigen Stichprobe sehr niedrig - fast die Hälfte hat lediglich die Grundschule besucht. Vergleicht man das Bildungsniveau der Stichprobe mit den in Deutschland stationär behandelten Menschen mit psychischen Störungen [38, 39], wird der enorme Bildungsunterschied deutlich.

Zum andern kann auch die starke psychosoziale Belastung der vorliegenden Stichprobe, die auch in anderen Studien bei Patienten mit türkischem Migrationshintergrund in der stationären Rehabilitation von Menschen mit psychischen/psychosomatischen Störungen nachgewiesen wurde [10, 40, 41], dazu führen, dass eventuell die Konzentration- und Aufmerksamkeit in negativer Weise beeinflusst und dadurch das Ausfüllen des Fragebogens erschwert wird. Diese Annahme wäre in weiteren Studien expliziter zu untersuchen.

Die Neun-Faktoren-Struktur des T-HEALTH-49 lässt sich mit Hilfe aller drei Prüfgrößen der konfirmatorischen Faktorenanalyse bestätigen. Bei der zusätzlich durchgeführten explorativen Faktorenanalyse finden sich jedoch eine Zehn-Faktoren-Lösung und eine eindeutige Zuordnung von 47 der 49 Items. Die beiden uneindeutig verorteten Items laden ebenso in konzeptuell verwandten Skalen, was verdeutlicht, dass es sich bei den Merkmalen psychosozialer Gesundheit nicht um distinkte Kriterien handelt.

Die Abspaltung des zehnten Faktors aus zwei Items der Skala „Aktivität und Partizipation“ legt die Vermutung nahe, dass Einschränkungen der Aktivität und Partizipation im Freizeitbereich bei der vorliegenden türkischsprachigen Stichprobe einen gesonderten Stellenwert besitzen. Bevor jedoch eine kulturell bedingte

Modifikation der Skalenstruktur angeregt wird, sollte die gefundene Faktoren-Lösung zunächst in Folgestudien repliziert werden.

Die interne Konsistenz des T-HEALTH-49 kann insgesamt als gut bewertet werden. Lediglich die Skala „Soziale Belastung“ liegt unterhalb des Cronbachs α Werts von 0,80. Diese Charakteristik der internen Konsistenzen findet sich auch im deutschen Originalinstrument [7] und stellt somit keine Qualitätseinschränkung der türkischsprachigen Version dar. Die mittlere Trennschärfe der Skalen ist ebenfalls vergleichbar mit den Werten der deutschen Ursprungsversion. Hinsichtlich der Test-Retest-Reliabilität weisen die Skalen kleine bis deutliche lineare Zusammenhänge auf. Vergleichbare Werte liegen in der deutschen Originalversion nicht vor.

Bei Betrachtung der Verteilungseigenschaften finden sich keinerlei Bodeneffekte und Deckeneffekte bei nur zwei der neun Skalen. Bei dem deutschsprachigen Originalinstrument fanden sich keine Bodeneffekte und Deckeneffekte in der stationären Psychotherapiestichprobe lediglich bei einer Skala, in der gesünderen Stichprobe bei drei Skalen. Schiefe und Kurtosis weisen ebenfalls auf eine hohe Vergleichbarkeit mit den Werten der stationären Psychotherapiepatienten des HEALTH-49 hin [7].

Die faktorielle Validität des T-HEALTH-49 kann insgesamt als befriedigend erachtet werden. Die mittlere Interkorrelationen der einzelnen Skalen weisen im Durchschnitt genauso vergleichbare Werte ($r = 0.36$) wie in der deutschsprachigen Originalversion ($r = 0.38$) auf. Die leicht höheren Interkorrelationswerte der Skala „Depressivität“ finden sich ebenso beim deutschsprachigen HEALTH-49 und sind auf die konzeptuelle Breite depressiver Symptome zurückzuführen.

Die zufriedenstellende Konstruktvalidität einiger der T-HEALTH-49 Skalen (SOM, DEP, PHO, PSB) wird durch die hohe Korrelation zu verwandten Skalen anderer Fragebögen unterstrichen.

Im Gegensatz zur deutschsprachigen Originalversion ($r = 0,75$) korreliert der IIP-25 deutlich geringer mit der konstruktnahen Skala „Interaktionelle Schwierigkeiten“ bei der türkischsprachigen Stichprobe ($r = 0,31$). Angesichts der überprüften zufriedenstellenden Konstruktvalidität von vier Skalen des T-HEALTH-49 und eines gesicherten Datenmanagements kann ein plausibler Grund für diese Abweichungen nicht benannt werden. In Folgestudien sollte dieser Befund spezifischer analysiert werden.

Für die anderen T-HEALTH-49 Skalen (WOHL, SELB, AUP, SOZU, SOZB) finden sich Hinweise auf deren inhaltliche Validität. In Folgestudien sollten mit konstruktnäheren Verfahren dieser Validitätsaspekt überprüft werden.

Hinsichtlich der Konstruktvalidität erweist sich der T-HEALTH-49 als geeignetes Instrumentarium da es zwischen psychisch Erkrankten und Gesunden unterscheidet. Darüber hinaus differenziert der Fragebogen auch zwischen psychisch Erkrankten in der Primärversorgung und in der stationären Versorgung.

Die Unterschiede in den Stichproben der türkischsprachigen und den deutschsprachigen Patienten der stationären Versorgung ist nach Ansicht der Autoren weniger auf das Instrumentarium selber als auf die stärkere psychosoziale Belastung der türkischsprachigen Patienten in der psychosomatisch/psychotherapeutischen Rehabilitation zurückzuführen [10, 42].

Das Instrumentarium differenziert auf den Skalen „Depressivität“ und „Somatoforme Beschwerden“ zudem zwischen Patienten mit den entsprechenden Störungsbildern bzw. ohne diese.

Aus der untersuchten Stichprobe geht nicht zweifelsfrei hervor, ob der T-HEALTH-49 über eine ausreichende Veränderungssensitivität verfügt. Tatsächlich werden so gut wie keine Veränderungen festgestellt. Offen bleibt die Frage, ob die fehlenden Veränderungen auf die mangelnde Änderungssensitivität des Instruments zurückzu-

führen ist oder ob die fehlenden Veränderungen den tatsächlichen Behandlungsverlauf, d.h. den mangelnden Behandlungserfolg, widerspiegeln.

Für den mangelnden Behandlungserfolg sprechen zum einen die fehlenden Veränderungswerte der inhaltlich korrespondierenden Skalen. Darüber hinaus gibt es Hinweise, dass Behandlungserfolge bei Patienten mit türkischem Migrationshintergrund in der stationären Rehabilitation psychischer/psychosomatischer Störungen schwer zu erzielen sind [42]. Auf diesem Hintergrund kann eine mangelnde Änderungssensitivität des Instruments nicht bestätigt werden. Die Evaluationseigenschaften des T-HEALTH-49 gilt es in weiteren Studien zu überprüfen.

Mit Hilfe des vorliegenden Instruments können zukünftig repräsentative Normdaten zur psychosozialen Gesundheit der in Deutschland lebenden Menschen mit türkischem Migrationshintergrund gewonnen werden.

Fazit für die Praxis

Zur Psychischen Gesundheit der Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland fehlen nicht nur repräsentative epidemiologische Studien, sondern auch umfangreiche Daten zur Ergebnisqualität psychotherapeutisch/psychiatrischer Behandlungen. Die Entwicklung, Überprüfung und Bereitstellung frei zugänglicher psychometrischer interkulturell sensitiver muttersprachlicher Testverfahren bildet einen wichtigen Schritt um diese Lücke zu schließen.

Der türkischsprachige Fragebogen zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (T-HEALTH-49) kann - bis auf eine derzeit nicht zweifelsfrei nachweisbare Veränderungssensitivität - als praktikables, reliables, valides und ökonomisches psychometrisches Instrumentarium angesehen werden.

Danksagung:

Ein ganz herzlicher Dank gilt Mebrure Tingir, Sevtap Güder und Kamil Arslanalp für die tatkräftige, sachkundige und freundliche Unterstützung im Übersetzungsprozess.

Literatur

1. Laireiter AR, Diagnostik in der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 2001; 46: 90–101
2. WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research. 1992
3. Bullinger M. Gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Gesundheit. *Psychother Psych Med* 1997; 47: 76–91
4. Horowitz LM Rosenberg SE, Baer BA et al. Inventory of Interpersonal Problems: Psychometric properties and clinical applications. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56(6): 885-892
5. WHO. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Geneva: WHO Publication, 2001
6. Löwe B, Rose M, Wahl I et al. Psychometrie und Psychodiagnostik in Psychosomatik, Psychotherapie und Medizinischer Psychologie. Bericht zum zweiten Arbeitstreffen der DKPM-Arbeitsgruppe „Psychometrie und Psychodiagnostik“. *Psychother Psych Med* 2011; 61: 334-336
7. Rabung S, Harfst T, Kawski S et al. Psychometrische Überprüfung einer verkürzten Version der „Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis“ (HEALTH-49). *Z Psychosom Med Psychother* 2009; 55: 162-179
8. Statistisches Bundesamt. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit – Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Berlin, 2007
9. Haug S. Sprachliche Integration von Migranten, in Working Paper Nr. 14, Teil 2 aus der Reihe Integrationsreport., B.f.M.u. Flüchtlinge, Editor. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge: Nürnberg, 2008
10. Mösko M, Schneider J, Koch U, Schulz H. Beeinflusst der türkische Migrationshintergrund das Behandlungsergebnis? Ergebnisse einer prospektiven Versorgungsstudie in der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen. *Psychother Psych Med* 2008; 58(03/04): 176-182
11. Erim Y. Klinische Interkulturelle Psychotherapie – Ein Lehr- und Praxishandbuch. Stuttgart: Kohlhammer, 2009
12. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 1989; 7: p. 3-13.
13. Öner N. and A. Le Compte, Durumluk – Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. Vol. 232. Istanbul: İstanbul Bogaziçi Üniversitesi, 1985
14. Pinar R. Reliability and construct validity of the SF-36 in Turkish cancer patients. *Qual Life Res* 2005; 14: 259–264
15. Kilic C. General Health Questionnaire (GHQ12 & GHQ28): psychometric properties and factor structure of the scales in a Turkish primary care sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997; 32: p. 327-331.
16. Lampert T, Ziese T. Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit: Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, in Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung. Robert Koch-Institut: Berlin, 2005
17. Hartkamp N. Psychiatrie und Migration: Forschungsperspektiven. *Psychoneuro* 2004; 30(2): 109–111

18. Mösko M, Schulz H, Lüdeke B et al. Migration und Gesundheit - Bericht über die Fachtagung am 4. Dezember 2006. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf: Hamburg, 2007
19. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Gesundheitliche Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund – Dokumentation eines Expertenworkshops am 5. Mai 2009. Berlin 2009
20. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol* 1993; 46(12): 1417-1432
21. Hambleton. R. The Next Generation of the ITC Test Translation and Adaptation Guidelines. *European Journal of Psychological Assessment* 2001; 17(3): 164–172
22. Derogatis LR. SCL-90-R, administration, scoring & procedures manual-I for the R(evised) version. John Hopkins University School Medicine: Baltimore, 1977
23. Franke G. SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis - Deutsche Version. Göttingen: Beltz, 1995
24. Franke G. SCL-90-R. Die Symptom Checkliste von L.R. Derogatis - Manual zur Deutsche Version. 2. ed. Beltz, 2002
25. Harfst T, Koch U, Aschoff KV. Entwicklung und Validierung einer Kurzform der Symptom Checklist-90-R. *DRV-Schriften* 2002; 33: 71-73
26. Prinz U, Nutziger DO, Schulz H et al. Die Symptom-Checkliste-90-R und ihre Kurzversionen: Psychometrische Analysen bei Patienten mit psychischen Erkrankungen. *Phys Rehab Kur Med* 2008; 18(6): 337-343
27. Horowitz LM, Strauß B, Kordy H. Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme - Deutsche Version - (IIP-D). Weinheim: Beltz, 1994
28. Harfst T, Dirmaier J, Koch U, Schulz H. Entwicklung und psychometrische Überprüfung einer multidimensionalen Kurzform des Inventars zur Erfassung interpersonaler Probleme. *DRV-Schriften* 2004; 52: 53-55
29. Bullinger M, Kirchberger I. SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand. Göttingen: Hogrefe, 1998
30. Ware JE, Kosinski M. How to Score and Interpret Single-Item Health Status Measures: A Manual for Users of the SF-8 Health Survey. Quality Metric Incorporated: Lincoln, RI, 2001
31. Rabung S, Harfst T, Koch U et al. "Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH)" - psychometrische Überprüfung eines neuen Selbstbeurteilungsinstruments zur multidimensionalen Erfassung psychosozialer Gesundheit. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin* 2007; 17: 133-140
32. Little RJA , Rubin DB. Statistical analysis with missing data. 2nd ed. New York: John Wiley, 2002
33. Bentler P. EQS: A structural equations program manual. Multivariate Software Inc: Encino, CA, 1995
34. Steiger J. Structural model evaluation and modification: An interval estimation approach. *Multivar Behav Res* 1990; 25: 173–180
35. Hu L, Bentler PM. Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods* 1998; 3(4): 424-453
36. Bentler P. Comparative fit indexes in structural models. *Psychol Bull* 1990; 107: 238–246

37. Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine* 2000; 25(24): 3186–3191
38. QS-Reha® Qualitätsbericht Rehabilitation 2004. Eine Dokumentation der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, 2005
39. Steffanowski A, Löschmann C, Schmidt J et al. Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Meta-Studie. Bern: Verlag Hans Huber, 2005
40. Nickel C, Lojewski N, Muehlbacher M et al. Behandlungsergebnisse stationärer psychosomatischer Rehabilitation bei türkischen Migranten: Eine prospektive Studie. *Gesundheitswesen* 2006; 68(3): 147-153
41. Schmeling-Kludas C, Fröschlin R, Boll-Klatt A. Stationäre psychosomatische Rehabilitation für türkische Migranten: Was ist realisierbar, was ist erreichbar? *Rehabilitation* 2003; 42(6): 363-370
42. Mösko M, Pradel S, Schulz H. Die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in der psychosomatischen Rehabilitation *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2011; 54(4): 465-474

Tabellen

Tab. 1: Interne Konsistenzen, Trennschärfe und Verteilungskennwerte der T-HEALTH-49-Skalen

HEALTH Skala		Mittelwert		Standardabw.		Interne Konsistenz (Cronbachs α)		mittlere Trennschärfe korrigiert*		Schiefe		Kurtosis		Bodeneffekte %		Deckeneffekte %	
Modul	Skala	Aufn.	Entl.	Aufn.	Entl.	Aufn.	Entl.	Aufn.	Entl.	Aufn.	Entl.	Aufn.	Entl.	Aufn.	Entl.	Aufn.	Entl.
Modul A	Somatoforme Beschwerden (SOM, 7)	2,87	2,92	0,87	0,91	0,84	0,88	0,60	0,67	-1,00	-1,20	0,50	1,08	0,8	1,0	6,5	9,1
	Depressivität (DEP, 6)	2,74	2,69	0,88	0,93	0,84	0,84	0,63	0,62	-0,71	-0,66	-0,09	-0,11	0,4	1,0	8,0	6,2
	Pobische Ängste (PHO, 5)	2,10	2,12	1,27	1,26	0,89	0,92	0,73	0,79	-0,26	-0,32	-1,14	-1,13	8,0	10,5	4,9	4,8
Gesamt- wert Modul A	Psychische und somatoforme Beschwerden (PSB, 18)	2,61	2,62	0,79	0,84	0,90	0,92	0,56	0,68	-0,56	-0,72	-0,14	0,25	0,0	0,5	1,5	1,9
Modul B	Psychisches Wohlbefinden (WOHL, 5)	3,09	2,82	0,85	0,92	0,80	0,84	0,60	0,65	-0,87	-0,81	0,44	0,54	0,4	1,9	22,4	12,4
Modul C	Interaktionelle Schwierigkeiten (INT, 7)	2,66	2,63	0,95	1,00	0,88	0,90	0,67	0,70	-0,74	-0,75	-0,15	-0,07	1,1	2,4	8,0	9,1
Modul D	Selbstwirksamkeit (SELB, 5)	3,24	3,24	0,89	0,85	0,90	0,92	0,75	0,80	-1,23	-1,32	0,93	1,51	0,2	0,5	30,8	27,8
Modul E	Aktivität und Partizipation (AUP, 6)	2,54	2,52	0,90	0,92	0,81	0,83	0,58	0,59	-0,48	-0,56	-0,18	-0,11	1,1	0,5	5,7	6,7
Modul F	Soziale Unterstützung (SOZU, 4)	2,13	2,19	1,19	1,12	0,87	0,87	0,71	0,72	-0,12	-0,21	-0,97	-0,82	5,7	4,3	8,0	7,2
	Soziale Belastung (SOZB, 4)	2,09	2,29	1,05	0,98	0,74	0,71	0,54	0,50	-0,07	-0,41	-0,72	-0,35	3,0	1,9	4,9	4,3

* Alle Trennschärfekoeffizienten für die einzelnen Items > 0.35

Tab. 2: Pearson-Korrelation zwischen den T-HEALTH-49 Skalen zum Zeitpunkt Aufnahme und Entlassung

Aufnahme									
	DEP	PHO	PSB	WOHL	INT	SELB	AUP	SOZU	SOZB
SOM	0,51***	0,41***	0,79***	0,32***	0,38***	0,40***	0,28***	0,20**	0,116
DEP		0,57***	0,84***	0,34***	0,62***	0,41***	0,48***	0,35***	0,27***
PHO			0,82***	0,26***	0,44***	0,34***	0,31***	0,25***	0,116
WOHL					0,23***	0,41***	0,26***	0,084	-0,003
INT						0,42***	0,49***	0,31***	0,30***
SELB							0,37***	0,26***	0,093
AUP								0,096	0,32***
SOZU									0,28***
Entlassung									
	DEP	PHO	PSB	WOHL	INT	SELB	AUP	SOZU	SOZB
SOM	0,52***	0,47***	0,81***	0,32***	0,39***	0,37***	0,31***	0,070	0,140
DEP		0,63***	0,85***	0,38***	0,62***	0,53***	0,47***	0,22**	0,29***
PHO			0,84***	0,38***	0,52***	0,42***	0,31***	0,130	0,16*
WOHL					0,30***	0,47***	0,110	0,030	-0,060
INT						0,46***	0,37***	0,22**	0,26***
SELB							0,28***	0,070	0,130
AUP								0,18*	0,28***
SOZU									0,38***

T-HEALTH-49-Skalen: SOM: Somatoforme Beschwerden; DEP: Depressivität; PHO: Phobische Ängste; WOHL: Psychisches Wohlbefinden; INT: Interaktionelle Schwierigkeiten; SELB: Selbstwirksamkeit; AUP: Aktivität und Partizipation; SOZU: Soziale Unterstützung; SOZB: Soziale Belastung.
 Höhere Skalenwerte bedeuten jeweils größere Belastung/Beeinträchtigung.
 Korrelationen signifikant bei $p < 0.001$.

Tab. 3: Pearson-Korrelationen zwischen T-HEALTH-49-Skalen und Skalen anderer eingesetzter Fragebögen zum Zeitpunkt Aufnahme und Entlassung

Aufnahme	SOM	DEP	PHO	PSB	WOHL	INT	SELB	AUP	SOZU	SOZB
SF-8-psychisch	0,54***	0,64***	0,47***	0,67***	0,37***	0,51***	0,47***	0,46***	0,22***	0,24***
SF-8-somatisch	0,72***	0,43***	0,43***	0,65***	0,38***	0,35***	0,42***	0,35***	0,18*	0,15*
IIP-25 Gesamt	0,20**	0,33***	0,09	0,25***	0,07	0,31***	0,18**	0,30***	0,14*	0,19**
SCL-14-Somatisierung	0,81***	0,35***	0,30***	0,6***	0,28***	0,31***	0,40***	0,27***	0,12	0,08
SCL-14-Depressivität	0,40***	0,76***	0,46***	0,65***	0,26***	0,56***	0,41***	0,44***	0,36***	0,28***
SCL-14-Phobische Angst	0,37***	0,52***	0,83***	0,71***	0,22***	0,45***	0,26***	0,31***	0,23***	0,12**
SCL-14- GSI-Kurzform	0,59***	0,76***	0,65***	0,81***	0,31***	0,59***	0,45***	0,46***	0,34***	0,25***
ADS Gesamtwert	0,47***	0,71***	0,51***	0,69***	0,3***	0,63***	0,54***	0,54***	0,26***	0,24***
Entlassung	SOM	DEP	PHO	PSB	WOHL	INT	SELB	AUP	SOZU	SOZB
SF-8-psychisch	0,51***	0,63***	0,63***	0,71***	0,37***	0,49***	0,50***	0,42***	0,15*	0,23**
SF-8-somatisch	0,70***	0,48***	0,48***	0,66***	0,38***	0,37***	0,39***	0,29***	0,08	0,11
IIP-25 Gesamt	0,05	0,36***	0,09	0,19*	0,06	0,38***	0,13	0,29***	0,08	0,18*
SCL-14-Somatisierung	0,82***	0,40***	0,36***	0,63***	0,36***	0,30***	0,32***	0,24***	0,03	0,04
SCL-14-Depressivität	0,41***	0,80***	0,50***	0,68***	0,4***	0,55***	0,53***	0,40***	0,22***	0,26***
SCL-14-Phobische Angst	0,44***	0,57***	0,82***	0,73***	0,35***	0,47***	0,42***	0,29***	0,13**	0,07
SCL-14- GSI-Kurzform	0,60***	0,79***	0,66***	0,81***	0,45***	0,57***	0,54***	0,40***	0,18**	0,20***
ADS Gesamtwert	0,49***	0,70***	0,52***	0,68***	0,49***	0,54***	0,55***	0,32***	0,16*	0,27***

T-HEALTH-Skalen: SOM: Somatoforme Beschwerden; DEP: Depressivität; PHO: Phobische Ängste; PSB: Psychische und somatoforme Beschwerden (Gesamtwert Modul A); WOHL: Psychisches Wohlbefinden; INT: Interaktionelle Schwierigkeiten; SELB: Selbstwirksamkeit; AUP: Aktivität und Partizipation; SOZU: Soziale Unterstützung; SOZB: Soziale Belastung.
 ***p<.001, **p<.01, *p<.05

Tab. 4: Mittlere Ausprägung und Standardabweichung der HEALTH-Skalen in verschiedenen Subgruppen. Deutsche Stichprobe aus DETECT und QS-Reha Studien (Rabung et al., 2009)

Skala	Türkische Stichprobe	Deutsche Stichprobe		
	Psychisch Kranke	Psychisch Kranke		Gesunde
	Stationäre Versorgung	Stationäre Versorgung	Primärversorgung	Primärversorgung
	N = 294	N = 1.523	N = 843	N = 2.284
SOM	2,86 (0,87)	1,59 (0,92)	1,14 (0,87)	0,62 (0,57)
DEP	2,74 (0,88)	1,83 (1,02)	0,77 (0,85)	0,21 (0,39)
PHO	2,10 (1,27)	0,79 (0,92)	0,50 (0,76)	0,98 (0,27)
PSB	2,61 (0,79)	1,45 (0,77)	0,93 (0,68)	0,34 (0,35)
WOHL	3,09 (0,85)	2,60 (0,76)	1,68 (0,97)	1,09 (0,72)
INT	2,66 (0,95)	1,90 (1,07)	0,87 (0,87)	0,50 (0,60)
SELB	3,24 (0,89)	2,24 (0,92)	1,40 (0,95)	0,69 (0,71)
AUP	2,54 (0,90)	1,93 (0,89)	1,50 (0,89)	0,57 (0,63)
SOZU	2,13 (1,19)	1,67 (0,89)	1,41 (1,03)	1,30 (1,02)
SOZB	2,09 (1,05)	1,76 (0,80)	1,37 (0,85)	1,02 (0,72)

Quelle:

QS-Reha

DETECT

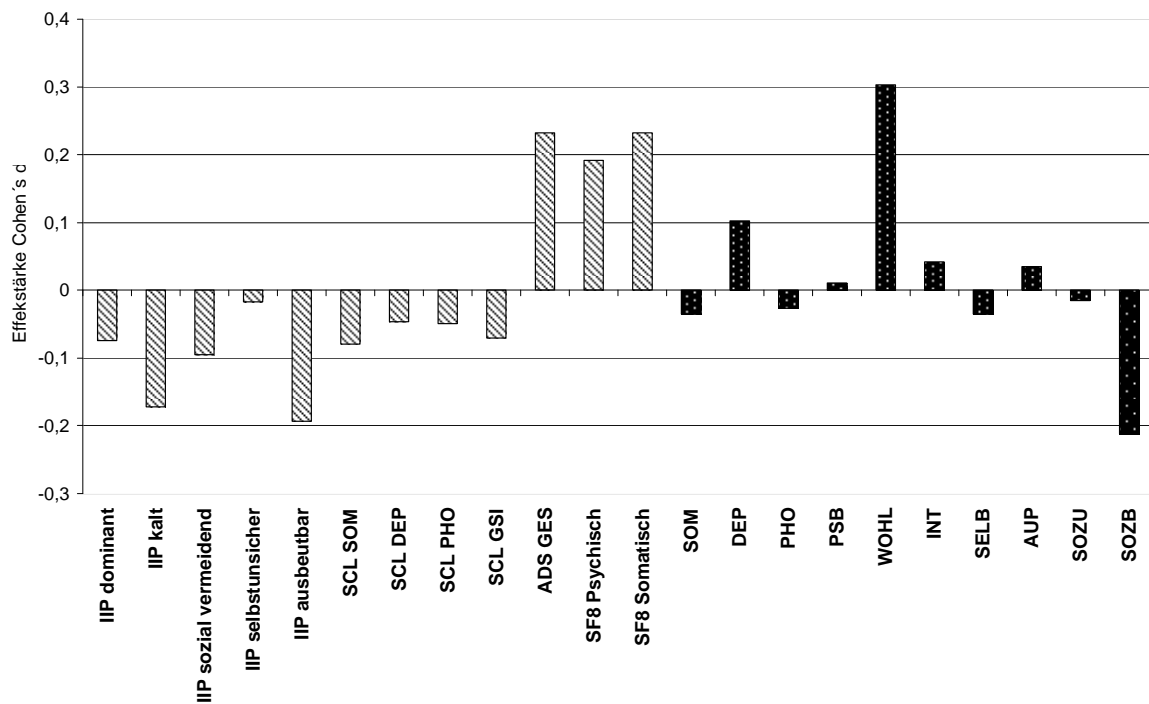
DETECT

Definition: körperliche
respektive psychische
Morbidität deutlich
oder schwerst auffällig

T-HEALTH-Skalen: SOM: Somatoforme Beschwerden; DEP: Depressivität; PHO: Phobische Ängste; PSB: Psychische und somatoforme Beschwerden (Gesamtwert Modul A); WOHL: Psychisches Wohlbefinden; INT: Interaktionelle Schwierigkeiten; SELB: Selbstwirksamkeit; AUP: Aktivität und Partizipation; SOZU: Soziale Unterstützung; SOZB: Soziale Belastung.

Höhere Skalenwerte bedeuten jeweils größere Belastung / Beeinträchtigung

Abb. 1: Standardisierte Effektstärken der Prä-post-Veränderung während stationärer psychosomatisch/psychotherapeutischer Rehabilitation in den Skalen von T-HEALTH-49, SCL-14, IIP-25, ADS und SF-8



T-HEALTH-Skalen: SOM: Somatoforme Beschwerden; DEP: Depressivität; PHO: Phobische Ängste; PSB: Psychische und somatoforme Beschwerden (Gesamtwert Modul A); WOHL: Psychisches Wohlbefinden; INT: Interaktionelle Schwierigkeiten; SELB: Selbstwirksamkeit; AUP: Aktivität und Partizipation; SOZU: Soziale Unterstützung; SOZB: Soziale Belastung.

Weitere Skalen: SCL-14: Symptom-Checkliste (14-Item-Kurzversion; Skalen SOM ‚Somatisierung‘, DEP ‚Depressivität‘, PHO ‚Phobische Ängste‘, GSI ‚Globaler Symptom-Schwere-Index‘); IIP-25: Inventar Interpersonaler Probleme (25-Item-Kurzversion); SF-8: Health Survey Short Form (8-Item-Kurzversion; ‚Psychische Summenskala‘, ‚Somatische Summenskala‘); ADS: Allgemeine Depressionsskala, Gesamtwert.

Prä-Post Veränderungen SF8-Psy, IIP-kalt, Health-SozB: * $p < .05$; Health-Wohl, SF8-Som, IIP-ausbeutbar, ADS: ** $p < .01$, Alle anderen: n.s.

4. Publikation

Cross-cultural opening in German outpatient mental health care service:
An exploratory study of structural and procedural aspects

Möske, Mike-Oliver; Gil-Martinez, Fernanda; Schulz, Holger

Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf, Institut für Medizinische Psychologie

Zeitschrift: Journal of Clinical Psychology & Psychotherapy

Eingereicht am: 25.08.2011

Rückmeldungen der Gutachter am: 19.11.2011

Erneut eingereicht am: 03.01.2012

Abstract

Mental health care services need to be sensitive towards the cultural needs of patients. Cross-cultural opening is an organisational process to fulfil these needs. This study aims to provide representative structural and procedural data regarding the use of German outpatient mental health care services by allochthonous patients, the diversity of psychotherapists in outpatient mental health care service, the cross-cultural encounters of therapists and the cross-cultural sensitivity of psychotherapists working in this health care area.

Of all public outpatient psychotherapists in Hamburg, 81% percent (N=485) participated in this survey. Compared with the distribution of the population in this metropolis, allochthonous therapists were underrepresented. Unlike the overall distribution of foreign inhabitants, the largest groups of immigrant therapists came from England, German-speaking countries and other countries within the European Union. The proportion of allochthonous patients in outpatient mental health care service was almost half of the proportion of the allochthonous in the general population.

Psychotherapists with a migration background regarded themselves as having a higher level of cross-cultural sensitivity than their native colleagues, especially those who have had fewer cross-cultural encounters. Overall, the psychotherapists named different challenges in providing cross-cultural treatment. To make the German outpatient mental health care service more accessible to immigrants and their descendants, a greater number of bilingual psychotherapists must gain access to the mental health care service and more advanced cross-cultural sensitivity training und supervision should be provided.

Keywords

Diversity, cross-cultural opening, migration background, outpatient mental health care service, cross-cultural sensitivity, foreign-born psychotherapists

Key Practitioner Message

- German outpatient psychotherapists are culturally and linguistically diverse. Nevertheless, psychotherapists with a migration background are underrepresented in outpatient mental health care services.
- Patients with a migration background are also underrepresented in the German outpatient mental health care system. Because mental health care services must be sensitive and respectful towards patients' cultural and linguistic needs, the mental health care outpatient service must be more accessible to therapists who speak languages other than German and English.
- Psychotherapeutic treatment of patients with a migration background can be tremendously challenging because of other cultures' differing value systems.
- Prospective, advanced training in cross-cultural sensitivity and cross-cultural supervision should be provided.

1. Introduction

According to the United Nations (2009), 69.8 million migrants are living in Europe. That number is expected to increase in the future, as migration is the main engine of European population growth (Huber *et al.*, 2008). In the 1980s, the Ottawa Charter (WHO, 1986) noted that health services need to be sensitive and respectful to patients' cultural needs. The European Commission recently stated that migrants, the elderly and people with mental disorders are among the most sensitive patient groups that have significant difficulties in accessing health care services (Huber *et al.*, 2008).

Immigrant status is generally associated with lower access to and use of mental health services (Kirmayer *et al.*, 2007) and with a higher psychopathological burden at the beginning of treatment (Möske, Pradel, & Schulz, 2011). Immigrants' utilisation behaviour might be influenced by the health care system itself (Hanney, Gonzalez-Block, Buxton, & Kogan, 2003). Communication between health professionals and migrants can be complicated not only by language barriers but also by cultural biases (Bischoff, 2003; Zaumseil, 2006) and differences between explanatory models (Penka Krieg, Hunner, & Heinz, 2003). Gaitanides (1998) described barriers against migrant healthcare access on the part of health care staff; for example, fears of bias or extra work. Other utilisation barriers might result from difficulties associated with the patients' social backgrounds (Bollini and Siem, 1995).

Diversity Management is a new organisational approach that values the differences and similarities (Krell, 2008) between individuals to reduce discrimination and provide equal opportunities for patients and co-workers (Vinz & Dören, 2007). It is strongly connected with the idea of a "multicultural organization" (Cox, 2001). The dimensions of diversity most often mentioned are the so-called "Big 8": race, gender, ethnicity/nationality, organisational role/function, age, sexual orientation,

mental/physical ability and religion, (Plummer 2003, p. 25ff). Next to gender diversity, cultural diversity is the dominant dimension in organisations in German-speaking countries (Krell, Pantelmann, & Wächter, 2006).

Since the 1980s, the cross-cultural opening movement in German health care institutions attempted to improve the focus on migrants' needs (Hinz-Rommel, 1994). The 12 Sonnenberger Guidelines (Machleidt, 2002) presented a national initiative to improve the psychiatric-psychotherapeutic health care service and primary care for migrants in Germany (e.g., facilitating access to mental health care services by providing low-threshold, cross-cultural sensitivity and a cross-culturally competent staff; building a multicultural staff; organising and using psychologically trained interpreters; providing information regarding migrants' native languages and offering further education in cross-cultural psychotherapy for psychotherapists).

Cross-cultural competence as an important factor in the therapeutic alliance can be defined as the ability to communicate appropriately and successfully in a culturally foreign environment or with members of a different ethnic group (Hinz-Rommel, 1996).

After analysing several operational definitions, Orlandi (1992) concluded that cross-cultural competence is best described using a multidimensional model consisting of professional (skills), cognitive (knowledge) and affective (attitude) dimensions.

The psychotherapeutic focus on the skill dimensions of Orlandi (1992) includes, for example, the different role expectations that emerge because of cross-cultural differences between the patient and therapist (Gün, 2006; Erim & Senf, 2006). Joksimovic (2002) also recommended that the reasons and circumstances of the patient's migration or escape, the destiny of his or her family members, the patient's current emotionally draining experiences in the country of arrival and his or her legal status be collected in the medical history.

The knowledge dimension can be associated with concepts of health and illness based on the patient's personal and cultural beliefs about the cause and persistence of their symptoms (Abdallah-Steinkopf, 2001). The embedding of traditional rituals (e.g., purity rituals or religious healing) into the Western-oriented psychotherapeutic process can provide a bridge between the therapist's and patient's cultures (Erim & Senf, 2002).

The attitude dimension is regarded as a "mindset of respectful curiosity" (Hegemann, 2001, p. 129). A cross-culturally sensitive attitude is the resulting attention to the relativity of values and the attitude of neutrality, as both patients and therapists are influenced by social, economic and cultural contexts (Hegemann, 2001). Therefore, it is recommended that the therapist's own cultural beliefs and his or her possible prejudices against aliens should be exposed through self-reflection (Joksimovic, 2002).

Previously, no representative and comprehensive data regarding the state of cross-cultural opening in the German outpatient mental health care system have been collected.

2. Aim

The aim of this exploratory study was to provide representative structural and procedural data regarding mental health care utilisation by patients with a migration background, the diversity of psychotherapists in the outpatient mental health care services, the therapists' cross-cultural encounters and the cross-cultural sensitivity of psychotherapists working in the German outpatient mental health care service. The cross-cultural challenges encountered when providing psychotherapy was also of

interest. Exploratory subgroup analysis identified cross-cultural differences between therapists.

3. Methods

The study was conducted at the Department of Medical Psychology at the University Medical Centre, Hamburg-Eppendorf. The study was consultatory and supported by the statutory cooperation of the Psychotherapist Association of Hamburg. All licensed outpatient psychological psychotherapists and paediatric psychotherapists in the city of Hamburg were interviewed in writing regarding cross-cultural aspects in psychotherapy.

Operationalisation of migration background

In Germany, the term “migration background” is a common scientific and societal classification criterion used to describe a population group that immigrated to Germany after 1949 and its descendants. This definition, used by the microcensus (Statistisches Bundesamt, 2006), is rather inadequate for short, self-completed questionnaires. Therefore, the simplified definition adopted by Schenk *et al.* (2006) was used. A person was characterised as having a migration background if he or she was born in a foreign country; was born in Germany, but one parent was born in a foreign country or spoke a first language other than German.

Questionnaire development

The applied questionnaire was developed by the authors, as no comparable study has been conducted to date and no adequate scientific instrument for assessing psychotherapists’ cross-cultural competence or sensitivity was available.

The questionnaire consisted of 48 items and was divided into five sections. In the first section, the psychotherapist’s sociodemographic data (i.e., age, sex, country of birth,

first language and parents' country of birth) were collected. The second section captured psychotherapist's cross-cultural encounters. The third section contained items related to structural aspects of psychotherapy, such as the therapeutic procedure used, targeted groups, waiting time before seeking therapy and the therapist's occupational experience. The fourth section addressed the structural information of potential patients with a migration background, including their residence permit status, first language, country of origin and the overall proportion of patients with a migration background among all treated patients. Questions also inquired about the existence of and solutions for language barriers.

The fifth section covered process-related aspects of psychotherapy for patients with a migration background. These items for assessing cross-cultural sensitivity in psychotherapy were developed in reference to the cited literature and divided into the following four categories: knowledge regarding the patients' environment, the therapist's attitude, consideration of the therapist's cultural background and consideration of cross-cultural characteristics.

Items consisted of either self-referential statements (e.g., "I am aware of my own ethnic or cultural stereotypes") or general statements (e.g., "Psychotherapists and patients should have the same cultural background"). A 4-stage response format (completely agree – rather agree – rather disagree – completely disagree) was used. This format was chosen to counteract tendencies to answer towards the middle (Bortz & Döring, 2005).

Furthermore, the need for advanced training in cross-cultural competence was determined. At the end of the questionnaire, an open question invited the respondents to mention potential difficulties in providing psychotherapy to patients with a migration background. Approximately 10 minutes were necessary to answer the questionnaire completely.

To evaluate the questionnaire's comprehensibility and feasibility, it was expert-validated by three professionals in the field of migration and healthcare research. A subsequent usability test, conducted by five members of the target group, led to slight modifications of the instrument.

Data acquisition

A comprehensive survey of the outpatient psychological psychotherapists and paediatric psychotherapists in Hamburg was conducted, based on the public "Therapy Guide Psychiatry and Psychotherapy in Hamburg – 13th Edition" (Government Agency for Social Affairs, Family and Health, 2007). After updating the public therapists' mailing addresses, the questionnaires were sent to all 600 registered and publicly accessible psychotherapists in Hamburg. A cover letter was enclosed, explaining the background and focus of the survey as well as discussing confidentiality and anonymity. As a token of gratitude, the respondents were given three standard stamps, each worth 0.55 €. The press and postal costs were fully covered by the research institute. Four weeks after the first mail distribution, all psychotherapists were mailed a reminder.

To answer questions regarding psychotherapeutic outpatient care, additional statistical data from the 2005 microcensus of the Federal Statistical Office (Statistisches Bundesamt (2006) and the 2006 electoral register of the Statistical State Office of Hamburg and Schleswig-Holstein were used (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2007).

Analyses of the psychotherapists' (public (non-) registered) data were conducted with the support of anonymous research data from the Hamburg Chamber for Psychotherapists.

Data evaluation

The data were analysed using SPSS software Version 15.0. The chi-squared test was used as a statistical test method. If the requirement for the chi-squared test (no frequency smaller than 5) was not achieved, it was noted. Hypotheses of differences were tested using t-tests, one-way ANOVA and the Mann-Whitney U-test.

For the items with a 4-stage response format, the severity indices and the selectivity coefficients were calculated. Internal consistency was determined using Cronbach's alpha. To evaluate the scale construction, a factor analysis was conducted. The results of the open question were qualitatively evaluated and consolidated into subject areas.

4. Results

Sample

Overall, 600 questionnaires were mailed to psychotherapists who had their own outpatient practice. 485 completed questionnaires and one incomplete questionnaire were returned. The response rate was 80.8%. Available data from the public therapy guide were used for the nonresponder analysis. There were three significant differences with small effect sizes between responders and nonresponders. The nonresponder group had a higher percentage of men (nonresponders: 46.6% vs. responders: 25.3%; chi-squared (1, N=600) = 20.7; $p=0.000$; $\phi=0.186$) and a higher percentage of behavioural therapists (nonresponders: 36.8% vs. responders: 24.8%; chi-squared (1, N=540) = 4.88; $p=0.03$; $\phi=0.185$).

According to the Hamburg Psychotherapist Association, 754 of their mandatory members define themselves as freelancers. It can be assumed that these freelancers are mainly working in the outpatient mental health care service. Only 600 of these psychotherapists have made their address publicly available in the “Therapy Guide Psychiatry and Psychotherapy in Hamburg – 13th Edition”. Compared with the survey respondents, there were no significant differences in the gender and age distributions.

The sample (see Table 1) consisted of 74% female psychotherapists. The majority of the therapists were between 51 and 60 years old (47%) and had more than 20 years of occupational experience (40%). The sample was mainly adults (81%), and they were mainly licensed in psychodynamic therapy (72%).

The waiting time for an initial consultation was on average 1.3 months (SD=1.1 months). Patients had to wait an average of 4.7 months (SD=3.2 months) to begin therapy.

Migration background of therapists

Of the 485 therapists, 31 were born abroad (6%), 14 had a first language other than German and 22 had a second language other than German. Forty-five had at least one parent who was born abroad (9%). When all the mentioned criteria were considered, 13.6% of the psychotherapists had a migration background. To determine whether therapists with a migration background are underrepresented, these results were compared with the distribution of the population in Hamburg. The percentage of psychotherapists in Hamburg with a migration background is half that among the general population of Hamburg (26.8%).

The migration backgrounds of the therapists were determined by their country of origin and that of their parents. The ten countries of origin most often mentioned were

as follows: England (11), Austria (9), Switzerland (7), Poland (6), the Netherlands (4), Portugal (3), Finland (2), Greece (2), Iran (2) and Sweden (2). The comparison data from the Statistical State Office of Hamburg and Schleswig-Holstein differed in that migration background was labelled only by nationality. The ten largest groups of foreigners living in Hamburg originate from countries from which foreign workers were recruited in the 1950s and 1960s (e.g., Turkey and Portugal), countries with areas of conflict (e.g., Afghanistan, Iran and the former Yugoslavia) and countries from which German resettlers (“Spaetaussiedler”) came (Poland and the Russian Federation).

In contrast with the general distribution of foreigners in Hamburg, the largest groups of therapists with a migration background came from England, German-speaking countries, such as Austria and Switzerland (6 out of 7 with German as their first language), and other European Union (EU) countries.

Cross-cultural encounters of therapists

About one-third of the therapists said they had regular contact with people from different cultural backgrounds in different contexts of life (see Fig. 1) through stays abroad ($N=196$, 41.3%), leisure activities ($N= 133$, 28.0%), family and friends ($N=185$, 38.9%) and work ($N=148$, 31.3%)³. Therapists with a migration background have a significantly higher frequency of cross-cultural encounters than native therapists (Mann-Whitney- $U=8869.5$, $p<.001$ [2-sided]).

³ The frequencies of contacts have been determined based on four single items. The severity index of the items is in the medium range between .61 and .73, and the selectivity coefficient is positive between .40 and .66. The items have been merged together into one scale (of contact with people from other cultural backgrounds). The value of reliability for the scale is quite satisfying (cronbach alpha = .751).

To test whether the content-based classification is consistent with a factorial classification, we conducted a factor analysis for the single items. Assuming an eigenvalue >1 , the principal component analysis extracted one factor, which clarified 58.04% of the variance.

To prove that the requirements of a factor analysis had been met, the mass of the sample applicability was checked according to sphericity using the Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) and Bartlett tests. The KMO mass provides information regarding the quality of a factor analysis. The KMO value is .746 and indicates the items for a factor analysis to be of mediocre applicability (Brosius, 2004). The Bartlett test was highly significant (*approximate* $Chi^2 = 460.5$; $df = 6$; $p = .000$).

As fewer male and cognitive-behavioural therapists participated in the survey, we examined whether these groups differed in general in regard to their frequency of contact with people with a migration background. No differences were found (gender: Mann-Whitney-U=18162.5, $p=.201$ [2-sided]; therapy method: Mann-Whitney-U=17133.0, $p=.352$ [2-sided]).

At the time of the survey, the majority of the therapists were treating at least one patient with a migration background (79.8%, $N=384$). 357 of the therapists (93.9%) specified having treated migrants in the past. Regarding frequency, 4% of the therapists had seen a migrant patient only one time, 70% several times, 9% often and 17% regularly.

Migration background of patients

The therapists were asked to name the three countries of patient origin they encountered most often in their outpatient practice. The ten countries mentioned most often were as follows: Turkey (215), Poland (90), Iran (73), the former Yugoslavia (65), Russia (43), Afghanistan (25), Greece (19), Italy (18), France (17) and Portugal (17). The results reflect the approximate distribution of the countries of origin of the foreigners living in Hamburg.

Of all the treated patients, on average 13.7% ($SD=11.6$) had a migration background. Of these allochthonous patients, 31.4% ($SD=35.2$) were born in Germany, and approximately half (51.5%; $SD=40$) had German citizenship.

More than half of the therapists were treating at least one patient with an unlimited residence permit (54.4%, $N=183$), 19% ($N=64$) had patients with a limited resident permit, 9% ($N=31$) had patients with exceptional leave to remain and 1% ($N=4$) were treating patients sans-papiers.

Distribution of allochthonous patients among therapists

At the time of the survey, 81.3% of the allochthonous therapists (those with a migration background) were treating at least one patient with a migration background. This was not significantly different from the percentage of migrants being treated by autochthonous therapists (79.6%; chi-squared [1, N = 481] = 0.092; $p = 0.762$). However, allochthonous therapists were treating a significantly higher proportion of migrants (M=20.6%; SD=16.5%) than were autochthonous therapists (M=12.5%; SD=10.2; $t(14.79; 57.6) = 3.39$; $p=.001$). The most common patient backgrounds were Turkish, Polish, Iranian, Russian and Afghan.

There was a verifiable therapy method effect. Cognitive-behavioural therapists were treating a higher proportion of patients with a migration background (M=16.1%, SD=15.3) than were psychodynamically oriented therapists (M=12.6%; SD=9.2; $t(12.37; 116.5) = 2.04$; $p=.044$).

Effect of therapists' cross-cultural contacts on the proportion of allochthonous patients

A correlation existed between the therapists' contacts with migrants in general and the proportion of allochthonous patients they treated. As shown in Table 2, the average proportion of allochthonous patients increased with frequency of contact with people from other cultures.

By comparing the allochthonous therapists with the autochthonous therapists (both with frequent contacts with people from different cultures), a significant difference in the number of allochthonous patients is observed ($F(4, N=365) = 9.061$; $p<.001$). The highest proportion of migrants was being treated by therapists with a migration background (M= 21.2%, SD=16.7%), followed by the autochthonous therapists with

the highest frequency of contacts ($M=15.9\%$, $SD=14.8\%$) with people with a migration background.

Language barriers

One-third of the respondents ($N=164$) had conducted a therapeutic treatment in a language other than German. Ten percent ($N=48$) had worked with an interpreter. In half of these cases, a professional interpreter ($N=24$) was present. In 21 cases, a family member interpreted, and seven therapists had experience with other interpreters (e.g., friends, colleagues, secretaries and legal guardians). Five percent of the therapists ($N=23$) offered information materials in a language other than German.

In Hamburg, the foreign languages in which outpatient psychotherapeutic treatment is offered included English ($N=134$), French ($N=20$), Swedish ($N=5$), Spanish ($N=5$), Portuguese ($N=4$), Finnish ($N=2$), Polish ($N=2$), Greek ($N=2$), Italian ($N=2$), Danish ($N=1$), Persian ($N=1$), Russian ($N=1$), Turkish ($N=1$) and Serbo-Croatian ($N=1$).

Cross-cultural sensitivity in psychotherapy

The self-estimated cross-cultural sensitivity of psychotherapists in regard to their work with patients with a migration background was analysed on a single-item basis, as the developed scales did not reach the expected psychometric quality and the proposed factorial classification in a factor analysis⁴.

⁴ To estimate the explanatory power of the earlier analysis, the psychometric properties of the author-developed questionnaire, the severity indices, the selectivity coefficients and the reliability analysis were calculated. The item severity indices were between .10 and .94. Eleven out of the eighteen items were within the acceptable range of between .20 and .80. The analysis of the selectivity coefficients showed that, with the exception of Item 32 ("Therapeutic contact with patients who speak limited German is a problem for me"), all items had positive values of up to .60.

The four mentioned subject areas were constructed with regard to content-based aspects. The reliability analysis of the scale values were between .1562 and .5680. To determine whether the content-based classification matched the factorial classification, a factor analysis was calculated. The number of selected factors was determined based on the criteria eigenvalue > 1. The principal component analysis extracted six factors,

The results regarding the *knowledge about the sociocultural environment* of patients with a migration background are listed in Table 3. Approximately one-third of therapists (30.1%) lacked knowledge of the socioeconomic environments of their patients with a migration background, one-fourth (25.3%) were not aware of the reasons for migration and nearly half (47.8%) did not know the specific psychosocial institutions for patients with a migration background. Cultural attitudes and rituals were built into therapeutic concepts by just 28.8% of the therapists.

The results of the “Psychotherapeutic attitudes” scale (see Table 3) indicate that nearly two-thirds of the respondents (65.1%) had problems if patients spoke limited German. A different cultural background caused discomfort in 23.2% of the therapists. Some therapists reported refusing treatment for a patient with a migration background because of language (42.8%) or cultural issues (8.4%).

A majority of the respondents believed that the psychotherapist and patient do not have to have the same cultural background (76.2%). In contrast, almost a quarter (23.2%) responded that therapists and patients should have the same cultural background. The majority of the therapists (90.6%) considered a culturally sensitive attitude necessary in conducting psychotherapy with people with a migration background.

The attitude that reflection on the therapists’ own sociocultural socialisation is essential for psychotherapeutic work with people with a migration background was approved by almost all the questionnaire’s respondents (see Table 3). Whereas 69.8% “completely agreed” with this statement, only 51% “completely agreed” that

explaining 55.25% of the variance. As the six factors were very heterogeneous, a meaningful classification was not possible.

The requirements for a factor analysis were tested by using the sample applicability based on the Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) and Bartlett tests for sphericity. These tests measure the analysability of the correlation matrix for all items underlying the principle component analysis. The calculated KMO value of .683 can be evaluated as reasonable (Brosius, 2004). The result of the Bartlett test was significant (*chi-squared*=991.890; *df* =153; *p*=.000).

they were aware of their own ethnical and cultural identity. Their uncertainty increased when asked about ethnical and cultural stereotypes.

On closer examination of the patients' culture-specific characteristics (see Table 3), 90.3% of the respondents agreed that sociocultural factors play an important role in diagnostic assessment. 97% agreed that knowledge regarding the patients' sociocultural background is at least partly necessary for the treatment. In contrast, different explanatory models of diseases were (rather) unknown for 42% of the therapists. Culture-sensitive psychometrical test procedures were mostly unknown and were accordingly not applied.

Cross-cultural aspects in psychotherapy and therapists' sensitivity

The exploratory calculations regarding possible correlations between cross-cultural aspects in psychotherapy and therapists' migration background were conducted on a single-item basis. In eight out of eighteen items, allochthonous therapists rated their cross-cultural sensitivity significantly differently than their autochthonous colleagues. Allochthonous therapists indicated that they had greater knowledge regarding the socioeconomic environment of their patients that had a migration background (Mann-Whitney-U=9626.0, $p=.023$ [2-sided]), had greater knowledge about the reasons for migration (Mann-Whitney-U=10000.0, $p=.010$ [2-sided]), more often built cultural attitudes and rituals into therapeutic concepts (Mann-Whitney-U=9903.500, $p=.033$ [2-sided]), had fewer problems with patients who spoke limited German (Mann-Whitney-U=9119.5, $p=.001$ [2-sided]), had fewer problems with patients with a different cultural background (Mann-Whitney-U=9745.5 $p=.006$ [2-sided]), were less likely to have dismissed therapy for language reasons (Mann-Whitney-U=11074,000 $p=.044$ [2-sided]), were more aware of their own ethnic and cultural stereotypes (Mann-Whitney-U=10699.5, $p=.005$ [2-sided]) and were more confident that

sociocultural factors play an important role in diagnostic assessment (Mann-Whitney- $U=11192.5$, $p=.050$ [2- sided]).

Cross-cultural aspects in psychotherapy and therapists' migration background and cross-cultural contacts

Because cross-cultural sensitivity can be influenced by an individual's experience with cross-cultural learning situations, we explored whether there was a difference in the cross-cultural sensitivity of allochthonous therapists, autochthonous therapists with few encounters with people from different cultures and autochthonous therapists with frequent encounters with people from different cultures. The two categories for autochthonous therapists were operationalised by merging the variable types of the item related to contact with people from different cultures ("not at all" and "a bit" = "little"; "sometimes" and "regular" = "often"). In ten out of eighteen items, significant differences in cross-cultural aspects were found between the three groups. Additionally, significant differences were found between the therapists who had little contact with people from different cultures and the other two groups (allochthonous therapists and autochthonous therapists with frequent contacts) in seven out of eighteen items: knowing specific psychosocial institutions, including cultural rituals, feeling comfortable with patients who had a different cultural background, feeling that psychotherapists and patients should have the same cultural background, and awareness of one's own ethnic and cultural identity and one's own cultural stereotypes.

Cross-cultural challenges in psychotherapy

The broad spectrum of problems that therapists mentioned is qualitatively consolidated in Table 4. Different values between the patient and their therapist, their

interaction and implications for psychotherapy were mentioned most often. These were followed by the challenges arising from language differences. Different conceptions of psychotherapy, different coping styles and insecurity regarding the patients' cultural background were the challenges most often noted.

Training in cross-cultural competence

The overall need for advanced training in cross-cultural competence is high; 23.9% (N=105) completely agreed and 48.0% (N=211) somewhat agreed that such training is helpful. Almost one in ten therapists (8.9%, N=42) had already completed some type of cross-cultural training.

5. Discussion

This study analyses the level of cross-cultural openness in outpatient mental health care services. The target groups were psychological psychotherapists and paediatric psychotherapists in outpatient mental health care services in Hamburg, Germany. Various cross-cultural aspects of structural and procedural quality in psychotherapy were surveyed. As no comparable study could be found and no appropriate instruments exist for examining cross-cultural sensitivity or cross-cultural contacts for this particular health care setting, the data were acquired using an author-developed questionnaire.

Before discussing content, the methodical quality of the collected data should be evaluated. The author-developed questionnaire was based on a comprehensive literature review and underwent expert validation and a usability test. The items concerning structural psychotherapeutic information achieved sufficient validity. The parts of the questionnaire evaluating procedural aspects varied with regard to content and methodological quality criteria. The four-item analysis of the rating scale for *cross-cultural contacts* as the operationalisation of a source for cross-cultural experiences was fairly selective. The factor analysis showed a one-factor solution. Because of the modest KMO value, the scale can be regarded as appropriate. Hence, the scale for *cross-cultural contacts* presented sufficient methodical properties and can serve in further surveys as an economical instrument to evaluate, for instance, a persons' level cross-cultural encounters. The four-item answer format could be modified to optimise its language selectivity (e.g., not at all, sometimes, often, regularly).

The intended four-scale construction of the instrument to assess *cross-cultural sensitivity in psychotherapy* could not put into effect. At least three scales did not reach the desired reliability. The inner consistency could be regarded as minor, as

Cronbach's alpha was low ($.066 < \alpha < .285$). Furthermore, the developed factor structure could not be replicated by a factor analysis. Therefore, an analysis of the scales was not conducted.

On an item basis, the majority of the items of the *Cross-cultural sensitivity in psychotherapy* instrument reached an acceptable severity index, and almost all items had a positive selectivity coefficient. Just four out of eighteen items did not meet both of these quality criteria.

In general, the methodological results showed that significant effort remains to be invested in developing and evaluating reasonable, valid and reliable instruments for assessing cross-cultural sensitivity in mental health care settings.

The unusually high response rate (80.8%) is attributable to at least four factors: First, new political developments have led to societal efforts to integrate people with a migration background into German society. Therefore, this topic is of current interest and often widely observed and discussed. Second, the work of psychotherapists is guided by cross-cultural issues and challenges throughout their daily routine. Third, it can be assumed that the questionnaire found a high degree of acceptance from the target group. Further, the incentive procedure (three postage stamps) surely enhanced the compliance and consequently the success of the survey.

It should be critically noted that the results obtained relied on the psychotherapists' appraisals of themselves and their patients. The information provided corresponded to their subjective evaluations and level of knowledge. Because of the ongoing political and societal debate, the effects of social desirability or adapted political correctness cannot be ruled out. Possible biases should also be considered in interpreting the results, although the results did show a reasonable degree of variance. Importantly, because of the high test power, the results did not lose their informative value.

In the nonresponder analysis, fewer male and fewer cognitive-behavioural therapists took part in the survey. Because none of these variables led to a significant difference in the cross-cultural contacts scale, the intercultural influence of these factors can be ruled out. The gender and age group comparison to this general population showed no significant differences. It can therefore be assumed that the study sample is representative of the nonmedical outpatient psychotherapists in Hamburg.

As the outpatient psychotherapeutic health care service in smaller urban areas or rural areas is structurally different from this study sample, the application of the study's conclusions to these areas is limited.

An aspect that makes the sample very significant is the respondents' degree of professional maturity. The majority of the sample therapists had more than 20 years of working experience. In contrast to many results in psychotherapy research, which are based on young professionals or students, these results are based on comprehensive experiential knowledge.

Migrants as health care providers

Psychotherapists with a migration background are underrepresented in outpatient psychotherapeutic mental health care services. Whereas the regional population with a migration background represents 26.8% of the general population, only 13.2% of the regional therapists have a migration background.

A closer look at the detailed migration background further increases this disproportion. The country of origin of the regional foreign population can be characterised based on their (former) status as guest workers (i.e., those from Turkey and Portugal), refugees and asylum-seekers (i.e., those from the former Serbia and Montenegro, Afghanistan and Iran) and German resettlers from Eastern

and Southern Europe (e.g., Poland and the Russian Federation). In contrast, the migration background of the psychotherapists is almost solely European, with a majority from German-speaking countries such as Austria and Switzerland.

The reasons for the described lack of psychotherapists' cross-cultural diversity are manifold. Until recently (BPTK, 2011) there have been legal admission restrictions for non-European university graduates seeking a license to practise psychotherapy (PsychThG, 1999). Furthermore, people with a migration background are generally underrepresented in academia (Isserstedt, Middendorff, Kandulla, Borchert, & Leszczensky, 2010) and the highly qualified labour market (Sachverständigenrat Integration und Migration, 2010). Psychology and psychotherapy as professions may also not be sufficiently known or acknowledged among various migration groups.

Migrants as patients

Because studies have concluded that immigrants suffer from mental illnesses at least as frequently as nonimmigrants (Lay, Nordt, & Rössler, 2007; Swinnen & Selten, 2007; Bermejo et al., 2010), it can be assumed that migrants with mental health disorders are underserved in outpatient mental health care services. Although several migrant groups are finding their way to psychotherapeutic treatment, the proportion of patients with a migration background in this health care sector is almost half that in the general population. Similar to other findings, status as a migrant appears to be associated with lower utilisation rates in mental health care services (Kirmayer et al., 2007; Aichberger, Schouler-Ocak, Rapp, & Heinz, 2008).

It was also demonstrated that allochthonous therapists treat a higher proportion of patients with a migrant background than their autochthonous colleagues. This result corresponds to field reports indicating that the availability of native-language

therapists enhances the utilisation rates of patients with a migration background (Sen, Schepker & Eggers, 2003).

Patients' insecure residence status also hinders the psychotherapeutic process by introducing legal, financial and psychosocial challenges. In the present study, more than half of the therapists were treating at least one patient with limited resident permit, exceptional leave to remain or patients sans-papiers. This finding indicates that complex treatment difficulties arising from patients' legal status are fairly common in outpatient psychotherapy. The actual outpatient mental health care policy and the (further) educational curriculum for psychotherapists in Germany do not consider these challenges.

To gain a clearer picture of the utilisation barriers and resources of outpatient mental health care services from the perspective of patients with a migration background and the factors affecting migrants' health care utilisation decision-making (e.g., local proximity, therapist's gender or ethnic origin, language preferences, method of therapy or treatment urgency), further studies directed towards these target groups are needed.

Language barriers

Although one-third of the therapists offered psychotherapy in a language other than German, outpatient mental health care services are far from linguistically diverse. Patients with a migration background speaking English or French will not have problems finding a therapist. Patients who do not speak adequate German, English or French have practically no access to outpatient psychotherapeutic treatment. This group of migrants includes persons who have recently immigrated and are therefore in an emotionally challenging phase of migration (Sizuki, 2001) or who have been living in the receiving society for a significant period without becoming sufficiently

linguistically integrated. According to Berry's acculturation model (Berry & Sam, 1980), acculturation strategies characterised by insufficient interaction with the receiving society can lead to a higher level of psychosocial stress and therefore to a higher vulnerability to mental disorders. Therefore, it can be concluded that it is precisely the group of migrants with the greatest mental health care risks who have to overcome the highest barriers or are totally excluded from outpatient psychotherapy.

Cross-cultural sensitivity in psychotherapy

Regarding the different aspects of therapists' cross-cultural sensitivity, the study showed a broad range of attitudes in the providers' community. Because no comparable data have been published previously, a discussion of the content is critical. For example, what does it mean that 9.5% of the therapists completely agree with the item "I am not aware of my patients' reasons for migrating"? Are these providers cross-culturally insensitive? Or do these providers know the circumstances of their patients' migration but are insecure regarding the underlying personal motives of their patients or their immigrant parents? These initial findings serve as a starting point for discussions and further data acquisition.

These results show that therapists with a migration background regard themselves as having a partly higher cross-cultural sensitivity than their autochthonous colleagues.

Encounters with people from different cultural backgrounds in different contexts of life also play important roles in cross-cultural sensitivity. Autochthonous therapists who have regular contact with people from different cultural backgrounds in different contexts of life have a higher perceived cross-cultural sensitivity than autochthonous therapists with more limited encounters with people from other cultural backgrounds.

Further research needs to be conducted to develop a clearer picture of the differences and similarities in cross-cultural (self-)perception and behaviour in psychotherapy.

Cross-cultural challenges in psychotherapy

Although the sample of psychotherapists was on average very experienced, two-thirds of the respondents mentioned substantial challenges in conducting psychotherapy with patients with a migration background (e.g., due to differences in values, explanatory models, language and compliance).

This result demonstrates the complexity and challenge of psychotherapeutic treatment with patients having a migration background and the need for therapists to conduct ongoing self-reflection. In future research, cross-cultural challenges in psychotherapy and their impact on the treatment process, and the implication for treatment concepts, should be evaluated more closely.

In order to strengthen the process of cross-cultural opening of the German outpatient mental health care service further political, organisational, educational and research oriented actions should be undertaken.

As happened in other European countries (Bäärnhielm, Ekblad, Ekberg, & Ginsburg, 2005) mental health care should be guided by political and social values of acceptance of cultural diversity as well as by policies and guidelines on how to deliver culturally sensitive and responsible service.

The Bologna Process will prospectively lead to a more diverse student body (Patricio & Harden, 2010) and together with other political initiatives (BPtK, 2011) later to a more culturally and linguistically diverse mental health care service. Beyond that, interpreter services should be structurally and financially implemented in the mental

health care service, like it is offered in Sweden (Bäärnhielm & Mösko, 2012). To overcome barriers on the part of migrants, linguistically and culturally sensitive information and prevention campaigns should be offered.

Cross-cultural aspects should also be implemented as an integral part of the advanced training of mental health care staff and in supervision. Furthermore, psychotherapy and mental health care research regarding structure, process and outcome should focus more on cross-cultural aspects.

References

- Abdallah-Steinkopf, B. (2001). Arbeit mit traumatisierten Migrantinnen und Migranten. In T. Hegemann & R. Salman (Eds.), *Transkulturelle Psychiatrie: Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen* (pp. 325-340). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Aichberger, M.C., Schouler-Ocak, M., Rapp, M., & Heinz, A. (2008). Transkulturelle Aspekte der Depression. Transcultural aspects of depression. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 51(4), 436-442.
- Bäärnhielm, S., Ekblad, S., Ekberg, J. & Ginsburg, B.E. (2005). Historical reflections on mental health care in Sweden: the welfare state and cultural diversity. *Transcultural Psychiatry*, 42(3), 394-419 DOI: 10.1177/1363461505055622.
- Bäärnhielm, S. & Mösko, M. (2012). Cross-cultural Training in Mental Health Care – challenges and experiences from Sweden and Germany. *European Journal of Psychiatry* (in print).
- Bermejo, I., Mayninger, E., Kriston, L. & Härter, M. (2010). Mental Disorders in People with Migration Background Compared with German General Population. *Psychiatrische Praxis*, 37, 225-232.
- Berry, J.W., & Sam, D.L. (1980). Acculturation and adaptation. In H.C. Triandis & R. Brislin (Eds.), *Handbook of cross-cultural psychology* (pp. 291-320). Boston: Allyn and Bacon.
- Bischoff, A. (2006). Caring for migrant and minority patients in European hospitals - A review of effective intervention. Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies.

- Bollini, P., & Siem, H. (1995). No real progress towards equity: health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000. *Social Science and Medicine*, 41, 819-828.
- Brosius, F. (2004). *SPSS 12*. Bonn: mitp-Verlag.
- Bortz, J., & Döring, N. (2005). *Forschungsmethoden und Evaluation*. Heidelberg: Springer-Verlag.
- BPtK (2011). Psychotherapeut muss für Approbation nicht länger EU-Bürger sein. Retrieved January 2, 2012, from German Psychotherapist Association (Bundespsychotherapeutenkammer , BPtK) Website: <http://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/psychotherap-67.html>
- Cox, T.H. (2001). *Creating the multicultural organization*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishing.
- Erim, Y., & Senf, W. (2002). Psychotherapie mit Migranten Interkulturelle Aspekte in der Psychotherapie. Psychotherapy for minority patients. Cross cultural affairs in psychotherapy. *Psychotherapeut*, 47, 336-346.
- Erim, Y., & Senf, W. (2006). Klinische interkulturelle Psychotherapie – Standpunkte und Zukunftsaufgaben. In B. Strauss & M. Geyer (Eds.). *Psychotherapie in Zeiten der Globalisierung* (pp. 183-191). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Gaitanides, S. (1998). Zugangsbarrieren von Migranten zu den Drogendiensten. in Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft. In Deutsche Gesellschaft gegen die Suchtgefahren (Eds.). *Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft* (pp. 62 ff). Lambertus. Freiburg i.Br.
- BSG (2007). *Therapieführer. Psychiatrie und Psychotherapie in Hamburg – 13. Auflage*. Hamburg: Behörde für Soziales, Familie und Gesundheit.
- Gün, A.K. (2006). Einheimische und Inländer – Probleme bei bikulturellen psychotherapeutischen Behandlungen. In B. Strauss & M. Geyer (Eds.),

- Psychotherapie in Zeiten der Globalisierung* (pp. 192-204). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hanney, S., Gonzalez-Block, M., Buxton, M., & Kogan, M. (2003). The utilisation of health research in policy-making: concepts, examples and methods of assessment. *Health Research Policy and Systems*, 1(2), 1-28.
- Hegemann, T. (2001). Interkulturelle Kommunikation und Beratung. Die Kompetenz, über kulturelle Grenzen hinweg zu kommunizieren. In T. Hegemann & R. Salman (Eds.), *Transkulturelle Psychiatrie: Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen* (pp. 116-129). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Hinz-Rommel, W. (1994). *Interkulturelle Kompetenz, ein neues Anforderungsprofil an die soziale Arbeit*. Münster/New York: Waxmann.
- Hinz-Rommel, W. (1996). Interkulturelle Kompetenz und Qualität. IZA. *Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit*, 3-4, 20-24.
- Huber, M., Stanciole, A., Wahlbeck, K., Tamsma, N., Torres, F., Jelfs, E. & Bremne, J. (2008). *Quality in and equality of access to healthcare services*. European Commission. http://www.ehma.org/files/HealthQuest_en.pdf
- Isserstedt, W., Middendorff, E., Kandulla, M., Borchert, L. & Leszczensky, M. (2010). *The Economic and Social Conditions of Student Life in the Federal Republic of Germany in 2009. 19th Social Survey of the Deutsche Studentenwerk conducted by HIS Hochschul-Informationen-System – Selected results*. Bundesministerium für Bildung und Forschung, Berlin.
- Joksimovic, L. (2002). Gesundheitliche Beschwerden bei traumatisierten Flüchtlingen. Möglichkeiten und Grenzen einer bedürfnisorientierten medizinischen Versorgung. In C.H. Dettmers, N.J Albrecht, & C. Weiller (Eds.), *Gesundheit – Migration – Krankheit: sozialmedizinische Probleme und Aufgaben in der Nervenheilkunde* (pp. 255-267). Bad Honnef: Hippocampus-Verlag.

- Kirmayer, L.J., Weinfeld, M., Burgos, G., du Fort, G.G., Lasry, J.C., & Young, A. (2007). Use of health care services for psychological distress by immigrants in an urban multicultural milieu. *Canadian Journal of Psychiatry, 52*(5), 295-304.
- Krell, G., Pantelmann, H., & Wächter, H. (2006). Diversity(-dimensionen) und deren Management als Gegenstände der Personalforschung in Deutschland, Österreich und der Schweiz. In G. Krell and H. Wächter (Eds.), *Diversity Management: Impulse aus der Personalforschung* (pp. 25-56). München: Mering.
- Krell, G. (2008). Diversity Management: Chancengleichheit für alle und auch als Wettbewerbsfaktor. In G. Krell (Ed.), *Chancengleichheit durch Personalpolitik* (pp. 63-80). Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Lay, B., Nordt, C., Rössler, W. (2007). Mental hospital admission rates of immigrants in Switzerland. *Soc Psychiatry Psychiatry Epidemiol, 42*(3), 229-236.
- Machleidt, W. (2002). Die 12 Sonnenberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Migrantinnen in Deutschland. *Nervenarzt, 73*, 1208-1212.
- Möske, M., Pradel, S., Schulz, H. (2011). The care of people with a migration background in the psychosomatic rehabilitation. Die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in der psychosomatischen Rehabilitation *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 54*(4), 465-474.
- Orlandi, M.A. (1992). Defining cultural competence: an organizing framework. In M.A. Orlandi (Ed.), *Cultural competence for evaluators* (pp. 293-299). Rockville: U.S. Department of Health and Human Services.
- Patricio, M., Harden, R.M. (2010). The Bologna process – a global vision for the future of medical education. *Medical Teacher, 32*, 305–315.

- Penka, S., Krieg, S., Hunner, Ch., Heinz, A. (2003). Different explanatory models for addictive behaviour in Turkish and German youths in Germany: significance for prevention and treatment. *Nervenarzt*, 74(7), 581–586.
- Plummer, D.L. (2003). Overview of the field of diversity management. In D.L. Plummer (Ed.), *Handbook of Diversity Management - Beyond Awareness to Competency Based Learning* (pp. 1-49), Lanham, MD: University Press of America.
- Deutscher Bundestag (1999). Psychotherapeutengesetz. Retrieved February 1, 2011 from Federal Ministry of Justice website: <http://www.gesetze-im-internet.de/psychthg/>
- Expert Council of German Foundations on Integration and Migration (SVR). Annual report 'Immigration Society 2010'. Retrieved February 2, 2011 from SVR website: http://www.svr-migration.de/wp-content/uploads/2010/11/svr_jg_2010.pdf
- Schenk, L., Bau, A.-M., Borde, T., Butler, J., Lampert, T., Neuhauser, H., Razum, O. & Weilandt, C. (2006). A basic set of indicators for mapping migrant status. Recommendations for epidemiological practice. Mindesindikatorensatz zur Erfassung des Migrationsstatus. Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. *Bundesgesundheitsb- Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz*, 49, 853-860.
- Sen, I., Schepker, R. & Eggers, C. (2003). *Ambulante kinderpsychiatrische Versorgung von Migrantenfamilien*. Düsseldorf: Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familien des Landes NRW.
- Sluzki, C.E. (2001). *Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen*. In T. Hegemann & R. Salman (Ed.), *Transkulturelle Psychiatrie: Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen* (pp. 101-115). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

- Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2007). *Hamburger Stadtteilprofile 2007*. Hamburg: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein.
- Statistisches Bundesamt (2006). *Leben in Deutschland. Haushalten, Familien und Gesundheit – Ergebnisse des Mikrozensus 2005*. Retrieved November 2, 2007, from <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2006/Mikrozensus/Pressebrochure,property=file.pdf>.
- Swinnen, S. & Selten, J.P. (2007). Mood disorders and migration – meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 190, 6-10.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2009). *Trends in international migrant stock: the 2008 revision*. United Nations database, POP/DB/MIG/Stock/Rev.2008.
- Vinz, D., & Dören, M. (2007). Diversity policies and practices - a new perspective for health care. *Journal of Public Health*, 15, 369-376.
- WHO (1986) *Ottawa charter for health promotion - First international conference on health promotion* Ottawa,WHO/HPR/HEP/95.1. Retrieved September 8, 2010, from http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf.
- Zaumseil, M. (2006). *Beiträge der Psychologie zum Verständnis des Zusammenhangs von Kultur und psychischer Gesundheit bzw. Krankheit*. In E. Wohlfart & M. Zaumseil. *Transkulturelle Psychiatrie – interkulturelle Psychotherapie* (pp. 3-50). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Tables

Table 1. Description of the sample of psychotherapists

Variables	Characteristic	Number	Valid Percentage
Gender	Male	122	25.2
	Female	360	74.2
	Missing	3	0.6
Age groups	< 30	1	0.2
	30 - 40	11	2.3
	41 - 50	156	32.2
	51 - 60	229	47.2
	> 60	88	18.1
	Missing	0	
Country of birth	Germany	448	92.4
	other	31	6.4
	Missing	6	1.2
Parents' country of birth	Germany	428	88.2
	other	45	9.3
	Missing	12	2.5
First language	German	460	94.8
	Other	14	2.9
	Missing	11	2.3
Second language	German	0	0
	Other	22	4.5
	Missing	463	95.5
License	CBT	115	23.7
	PDT	349	72.0
	CBT & PDT	4	0.8
	Unlicensed	4	0.8
	Missing	13	2.7
Target group	Children	41	8.5
	Adults	393	81.0
	Both	30	6.2
	Missing	21	4.3
Professional experience (years)	< 5	9	1.9
	5 – 10	22	4.5
	11 – 15	131	27.0
	16 – 20	109	22.5
	> 20	194	40.0
	Missing	20	4.1

CBT = Cognitive-behavioural therapy
PDT = Psychodynamic Therapy

Table 2. Correlation between the therapists' contacts with people from other cultures and the proportion of allochthonous patients seen

Scale: Frequency of contacts with people from other cultures							
		Not at all	A bit	Sometimes	Regular	Total	Variance analysis
Proportion of patients with a migration background	N	5	89	175	96	365	$F=9.471$; $df=3$
	M	10.3	11.1	12.2	18.9	13.7	$p(2-sided)=.000$
	SD	8.2	9.0	8.0	17.0	11.7	

Table 3. Cross-cultural sensitivity of psychotherapists

No.	Item		Complet ely agree	Rather agree	Rather disagree	Complet ely disagree	Total	Missing
Knowledge regarding the patient's socioeconomic environment								
1	I know the socioeconomic environment of my patients with migration background exactly.	N	51	262	130	5	448	37
		%	11.4	58.5	29.0	1.1		
2	I am not aware of the reasons for my patients' migration.	N	43	67	109	234	453	32
		%	9.5	14.8	24.1	51.7		
3	I know specific psychosocial institutions for patients with a migration background.	N	42	195	186	31	454	31
		%	9.3	43.0	41.0	6.8		
4	I build cultural attitudes and rituals into therapeutic concepts for my patients with a migration background.	N	29	100	178	141	448	37
		%	6.5	22.3	39.7	31.5		
Psychotherapeutic attitudes								
5	Therapeutic contact with patients who speak limited German is a problem for me.	N	84	212	134	25	455	30
		%	18.5	46.6	29.5	5.5		
6	I feel comfortable having therapeutic contact with patients who have a different cultural background.	N	88	255	98	6	447	38
		%	19.7	57.0	21.9	1.3		
7	I have refused treatment for patients with a migration background for language reasons.	N	133	71	71	201	476	9
		%	27.9	14.9	14.9	42.2		
8	I have refused treatment for patients with a migration background for cultural reasons.	N	20	20	79	359	478	7
		%	4.2	4.2	16.5	75.1		
9	Psychotherapists and patients should have the same cultural background.	N	3	109	209	148	469	16
		%	0.6	23.2	44.6	31.6		
10	A culturally sensitive attitude is not necessary for therapeutic work.	N	27	18	69	364	478	7
		%	5.6	3.8	14.4	76.2		
Consideration of the therapist's culture-specific characteristics								
11	Reflection on one's own sociocultural socialisation is essential for psychotherapeutic work with people with a migration background.	N	333	136	7	1	477	8
		%	69.8	28.5	1.5	0.2		
12	I am aware of my own ethnic and cultural identity.	N	244	232	2	0	478	7
		%	51.0	48.5	0.4	0		
13	I am aware of my own ethnic and cultural stereotypes.	N	121	334	19	0	474	11
		%	25.5	70.5	4.0	0		

Consideration of patients' culture-specific characteristics								
14	Sociocultural factors play an important role in diagnostic assessment.	N	162	266	46	0	474	11
		%	34.2	56.1	9.7	0		
15	Background knowledge about cultural and social issues is not necessary for psychotherapeutic work with people with a migration background.	N	6	8	97	367	478	7
		%	1.3	1.7	20.3	76.8		
16	I am familiar with different explanatory models of diseases.	N	47	227	154	46	474	11
		%	9.9	47.9	32.5	9.7		
17	I am familiar with some tests that consider culture-related differences.	N	3	36	129	299	467	18
		%	0.6	7.7	27.6	64.0		
18	In my practice, I use tests that consider culture-related differences.	N	2	15	46	395	458	27
		%	0.4	3.3	10.0	86.2		

Table 4. Challenges in psychotherapeutic work with patients with a migration background (N=335)

Theme	Entries
Different values	146
- other gender views	63
- other family ideals	36
Language	79
Different explanatory models of disease and the healing process	64
- other views of psychotherapy	11
- other views of the therapist-patient-relationship	19
- other understanding of diseases	12
- other therapeutic targets	10
- mistrust of the therapist	12
Therapist's insecurity because of the patients' cultural background	52
Patient's social situation	36
Other perceptions and expressions of emotions	33
Compliance	20
Misunderstandings	12
Others	22



Figure 1. Therapists' contacts with people from different cultural backgrounds outside of their outpatient practice

Resümee und Diskussion

Im folgenden Kapitel wird zunächst die Gesamtarbeit vor dem Hintergrund der gesellschaftspolitischen Entwicklungen sowie der wissenschaftlichen Datenlage interpretiert. Anschließend werden die wesentlichen Ergebnisse der kumulativen Einzelarbeiten der Dissertation „Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der psychosozialen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund“ zusammengeführt und übergreifend diskutiert.

Gesellschaftspolitischer Kontext

Die gesellschaftspolitische Auseinandersetzung mit der Diagnostik und Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen hat in den vergangenen Jahrzehnten einen deutlichen Wandel vollzogen. Bis in die 70er Jahre war das Vorhandensein einer psychischen Störung noch mit starken Einschränkungen assoziiert. So wurden Betroffene in der Regel durch langjährige Unterbringungen in psychiatrischen Krankenhäusern vom gesellschaftlichen Leben ausgeschlossen. Die Integration und gesellschaftliche Partizipation psychisch Erkrankter war damals kein erklärtes politisches Ziel (Stallbaum, 2008).

Die psychiatrischen Reformbewegungen der 60er und 70er Jahre erreichte in Deutschland ihren Höhepunkt mit dem „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland“ der Psychiatrie-Enquete (Deutscher Bundestag, 1975). Die darauffolgenden Veränderungsprozesse führten zu einer deutlichen Verbesserung der Versorgungssituation der Betroffenen und einer sozialrechtlichen Gleichstellung psychisch Kranker gegenüber körperlich Kranken (Wienberg, 2008).

Einen vergleichbaren gesellschaftspolitischen Wandel vollzog sich in der Bundesrepublik beim Thema Zuwanderung. Bis zum Anwerbestopp im Jahre 1973 kamen seit den 50er Jahren insgesamt 14 Millionen Ausländer als Arbeitsmigranten nach Deutschland (Kohlmeier und Schimany, 2005). Weitere Formen der Zuwanderung entstanden durch Aussiedler aus Ost-, Mittel- und Südosteuropa. Bis 2005 kamen etwa 4,5 Millionen (Spät-)Aussiedler nach Deutschland (Bundesministerium des Inneren, 2011). Flüchtlinge sowie Asylbewerber und Asylberechtigte bildeten eine

weitere zahlenmäßig große Gruppe. Mit der 1992 beschlossenen Neuregelung des Asylrechts wurden die Möglichkeiten zur Erlangung einer Aufenthaltsgenehmigung in Deutschland deutlich eingeschränkt. Beantragten im Jahr 1992 noch 438.191 Personen Asyl in Deutschland, reduzierte sich diese Zahl seit 1998 jährlich auf unter 100.000 (Bundesministerium des Inneren, 2011).

Über viele Jahrzehnte waren für die in Deutschland lebenden Menschen ohne deutsche Staatsangehörigkeit die Partizipationsmöglichkeiten stark eingeschränkt (Haug, 2008; Hunger und Candan, 2009). Der politische Wille, Deutschland als Einwanderungsland zu verstehen, war in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts nicht vorhanden. Erst die Einsetzung der „Unabhängigen Kommission Zuwanderung“ der Bundesregierung (die so genannte Süssmuth-Kommission) im Jahr 2001 und die Diskussionen im Zuge der Verabschiedung und Novellierung des Zuwanderungsgesetzes im Jahr 2005 bzw. 2007 ebnete den Weg vom informellen zum formellen Einwanderungsland (Bade, 2008). Der Nationale Integrationsplan (Bundesregierung, 2007), vier Integrationsgipfel sowie die Einführung der Deutschen Islam Konferenz unterstreichen die neueren politischen Bemühungen Deutschlands als Integrationsland. Mit dem Integrationsmonitoring und dem ersten Integrationsindikatorenbericht wird darüber hinaus der Versuch unternommen, die Umsetzung der politischen Integrationsziele zu evaluieren (Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik, 2009).

Vor dem Hintergrund des neuen Selbstverständnisses Deutschlands als Zuwanderungsland kommt der Erforschung von Fragen der Integration und kulturellen Diversität in der psychosozialen Gesundheitsversorgung eine besondere Bedeutung zu.

Wissenschaftliche Datenlage

Der skizzierte gesellschaftspolitische Wandel spiegelt sich auch in der Wissenschaft wieder. In den 70er und 80er Jahren gab es bereits erste wissenschaftliche Auseinandersetzungen mit Krankheiten und der medizinischen Versorgung von „Gastarbeitern“ und ihren Familienangehörigen. In den letzten zehn Jahren hat die

Zahl der Fachpublikationen und wissenschaftlichen Veranstaltungen zu diesem Thema deutlich zugenommen (Knipper und Bilgin, 2009).

Im Schwerpunktbericht des Bundes zum Thema „Migration und Gesundheit“ (Razum et al., 2008) kommen die Autoren dennoch zu dem Ergebnis, dass die existierende Gesundheitsberichterstattung für Menschen mit Migrationshintergrund insbesondere durch einen Mangel an belastbaren Daten erschwert wird. Die Experten der bundesweiten Fachtagung „Migration und Gesundheit“ kamen ebenfalls zu dem Ergebnis, dass bisher keine verlässlichen bundesweiten Daten weder zum Gesundheitszustand noch zur Inanspruchnahme des institutionellen Gesundheitssystems vorliegen (Möske et al., 2007).

Bei der Fokussierung auf den Indikationsbereich der psychischen Störungen sind die verbundenen Lebens- und Arbeitseinschränkungen von Gesellschaften (WHO, 2008) und die bundesweite Zunahme des Anteils psychischer Erkrankungen an den Krankschreibungen im Blickfeld umfangreicher Datenanalysen (BPTK, 2010; BKK, 2011; TK, 2009, BARMER GEK, 2011; DAK, 2011).

Der Forschungsstand zum Themenkomplex „Migration und seelische Gesundheit“ in Deutschland ist im Vergleich zu den europäischen Nachbarländern und im internationalen Vergleich als unzureichend zu bezeichnen (Hartkamp, 2004). Dies spiegelt sich auch in den beiden bislang in Deutschland publizierten Übersichtsarbeiten zum Thema „Migration und Gesundheit“ wieder (Razum et al., 2008; Knipper und Bilgin, 2009). In beiden Arbeiten fällt der Studienumfang für den Indikationsbereich der Psychischen Störungen vergleichsweise gering aus. Im Integrationsindikatorenbericht der Bundesregierung (Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik, 2009) finden sich ebenfalls kaum Studienergebnisse zur psychosozialen Gesundheitsbelastung.

Dieser Umstand ist umso bemerkenswerter, da laut der Europäischen Kommission sowohl die Patientengruppe der psychisch Kranken als auch die der Migranten zu denjenigen Patientengruppen gehören, die für sich genommen die größten Barrieren im Versorgungssystem überwinden müssen (Huber et al., 2008).

Daraus lässt sich schlussfolgern, dass angesichts der persönlichen und gesellschaftlichen Bedeutung psychischer Störungen einerseits und der mangelnden Datenlage

zur psychosozialen Migrationsforschung in Deutschland andererseits die vorliegende Arbeit einen wichtigen empirischen Beitrag liefern kann.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Die vorliegende Dissertation entstand im Kontext der psychosozialen Versorgungsforschung (Pfaff, 2003; Schulz et al., 2006). Die Konzeption, Durchführung und Auswertung der vier vorliegenden empirischen Studien orientiert sich an der in der Versorgungsforschung häufig verwendeten Einteilung in die Bereiche Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Den strukturellen Aspekten der Inanspruchnahme psychosozialer Leistungen und der kulturellen Diversität der Behandler widmen sich die Publikationen 2 und 4. Prozessqualität wird mit der Entwicklung und Evaluation eines türkischsprachigen Erhebungsinstruments (Publikation 3), der Messung der Eingangsbelastungen im stationären Behandlungssetting (Publikationen 1 und 2) und der Analyse interkultureller Behandlungsprozesse (Publikation 4) erhoben. Die Ergebnisqualität sowie eine Analyse der Confounder in der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen werden in den Publikationen 1 und 2 untersucht. Im Folgenden werden die wesentlichsten Ergebnisse zusammenfassend skizziert.

Strukturqualität

Für die Patientengruppe der (Spät-)Aussiedler lässt sich für die stationäre Rehabilitation psychischer/psychosomatischer Störungen keine mangelnde Inanspruchnahme feststellen (Publikation 2). Gleichwohl zeigen sich für die Gruppe der Patienten ohne deutsche Staatsangehörigkeit deutlich geringere Inanspruchnahmeraten. Sie liegen dreimal niedriger, gemessen an ihrem Anteil in der bundesdeutschen Bevölkerung. Diese mangelnde Inanspruchnahme ausländischer Patienten bestätigt auch die umfangreiche Sekundärdatenanalyse von Brzoska et al. (2010), in der Daten aus verschiedenen Indikationsbereichen der medizinischen Rehabilitation untersucht wurden.

In der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung finden sich ebenfalls Anzeichen der ungleichen Inanspruchnahme (Publikation 4). Der laut Therapeuteinschätzung erhobene Anteil aller Patienten mit Migrationshintergrund in der ambulanten Versorgung ist in der Erhebungsregion halb so groß wie der Anteil in der vergleichbaren Allgemeinbevölkerung. Eine Patientengruppe, die von der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung aufgrund der fehlenden muttersprachlichen Behandler bzw. fehlenden Dolmetscherdiensten so gut wie ausgeschlossen ist, sind Patienten, die weder Deutsch, Englisch noch Französisch sprechen können.

Vergleichbare Daten zur interkulturellen Öffnung in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung wurden in Berlin durch die Landespsychotherapeutenkammer unter den niedergelassenen Mitgliedern erhoben. Die Auswertung dieser Studie findet in Kooperation mit der Arbeitsgruppe Psychosoziale Migrationsforschung am UKE statt (Odening et al., in Vorbereitung).

Prozessqualität

Zu Beginn der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen weisen allochthone Patienten eine höhere psychopathologische Ausgangsbelastung auf als deutsche Patienten (Publikation 3). Die höchsten Belastungswerte haben türkische Patienten und Patienten aus dem ehemaligen Jugoslawien. In einer weiteren unabhängigen Studie finden sich vergleichbare Ergebnisse für Patienten mit türkischem Migrationshintergrund (Publikation 1).

Eine bislang empirisch kaum untersuchte Gruppe von Patienten in der psychosozialen Versorgung sind solche, die muttersprachlich behandelt werden. Es liegen zwar psychometrische Testverfahren in verschiedenen Sprachen vor, doch gibt es häufig Übersetzungsprobleme, Unklarheiten darüber, ob die Skalenbildung in verschiedenen Ländern äquivalent ist und welche Normierungsstichprobe herangezogen werden soll (Brähler und Siefen, 2006). Die Interpretation fremdsprachiger psychometrischer Testverfahren wird in der Praxis dadurch erschwert, dass in der Regel verschiedene Testverfahren zu sogenannten Testbatterien zusammengelegt werden (Rabung et al., 2009).

Der T-HEALTH-49 (Publikation 3) ist für türkischsprachige Patienten entwickelt worden. Aufgrund seiner Mehrdimensionalität, seines einheitlichen Item-Formats und seiner hinreichenden psychometrischen Eigenschaften kann er zukünftig zur

Diagnostik und Evaluation in der psychosozialen Versorgung eingesetzt werden. Darüber hinaus könnte das Instrument der Qualitätssicherung in den bundesweit aktuell vierzehn Einrichtungen der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung dienen, die türkischsprachliche psychotherapeutische Angebote anbieten (Möske, 2011).

Die Analyse der interkulturellen Behandlungsprozesse (Publikation 4) zeigt eine höhere interkulturelle Sensitivität der Psychotherapeuten mit Migrationshintergrund im Umgang mit ihren Patienten im Gegensatz zu ihren autochthonen Kollegen. Die Gruppe der autochthonen Therapeuten lässt sich zudem in ihrer interkulturellen Sensitivität unterscheiden: Die Gruppe, die im beruflichen oder privaten Kontext regelmäßig interkulturelle Kontakte hat, weist gegenüber den Kollegen mit wenig Kontakten eine höhere interkulturelle Sensitivität auf.

Die Befragung zeigt zudem, dass selbst für erfahrene Psychotherapeuten, unabhängig davon, ob sie regelmäßig interkulturelle Kontakte haben oder nicht, die psychotherapeutische Behandlung von Patienten mit Migrationshintergrund eine Herausforderung darstellt und mit zum Teil erheblichen Schwierigkeiten verbunden ist.

Ergebnisqualität

Die durchgeführten Analysen zur Ergebnisqualität in der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen haben gezeigt (Publikation 2), dass es in der untersuchten Stichprobe keine schlechteren Behandlungserfolge bei Patienten mit Migrationshintergrund (N=1.1118) gegenüber deutschen Patienten gibt (N=23.763). Der Behandlungserfolg im Bereich der mittleren Effektstärke für beide Gruppen ist vergleichbar mit den Ergebnissen der MESTA-Studie (Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation) mit einem Stichprobenumfang von 25.892 Patienten (Steffanowski et al., 2005). Bei Betrachtung der unterschiedlichen Migrantengruppen wird deutlich, dass Patienten aus dem ehemaligen Jugoslawien und aus der Türkei die geringsten Behandlungserfolge erzielen. Dieses Ergebnis konnte für die Patienten mit türkischem Migrationshintergrund in Publikation 1 ebenfalls gezeigt werden.

Als relevante negative Prädiktoren für den Behandlungserfolg bei Patienten mit Migrationshintergrund erweisen sich klinische Faktoren der psychopathologischen Ausgangsbelastung und der somatoforme Störungen (in Publikation 1 und 2), der

AU-Zeiten und der Anpassungs- und Belastungsstörungen (in Publikation 1) und dem Antrag auf Erwerbsminderungsrente (Publikation 2) sowie der Faktor Arbeitslosigkeit (Publikation 2). Der Migrationshintergrund selber trägt zu keiner bedeutsamen Varianzaufklärung des Behandlungsergebnisses der Gesamtgruppe bei.

Diskussion der Ergebnisse

Derzeit existieren keine aussagekräftigen epidemiologischen Daten über die Prävalenz psychischer Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Europäische Studienergebnisse deuten darauf hin, dass der allochthone Teil der Bevölkerung eine substantiell höhere Prävalenz für psychische Störungen aufweist als der autochthone Teil (Swinnen und Selten, 2007; Levecque et al., 2007; van der Wurff et al., 2004; Bengi-Arslan et al., 2002).

Angesichts eines erhöhten Gesundheitsrisikos der in Deutschland lebenden Menschen mit Migrationshintergrund (Razum et al., 2008) und der Prämisse eines nicht geringeren Behandlungsbedarfs dieser Bevölkerungsgruppe deuten die nachgewiesenen erheblich geringeren Inanspruchnahmeraten stationärer und ambulanter psychotherapeutischer Einrichtungen von allochthonen Patienten auf eine klare Unterversorgung dieser Patientengruppe. Zudem verdeutlichen die Ergebnisse, dass es für viele der Patientengruppen, die nur in ihrer Muttersprache behandelt werden können, keinen sprachkompetenten Behandler gibt.

Ein wesentliches Merkmal der interkulturellen Öffnung psychosozialer Versorgung ist die Bereitstellung multikultureller Behandlungsteams (Machleidt, 2002). Der Mangel an qualifizierten Behandlern mit Migrationshintergrund in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung (Publikation 4), stellt auf dem bundesweiten Arbeitsmarkt keine Seltenheit dar (Isserstedt, Middendorff, Kandulla, Borchert, & Leszczensky, 2010; Sachverständigenrat Integration und Migration, 2010).

Dieser Mangel wird sich in Zukunft sicherlich nivellieren, da die europäische Harmonisierung der Studienabschlüsse im Zuge des Bologna-Prozess sowie der verabschiedete Gesetzentwurf zur verbesserten Anerkennung ausländischer

Abschlüsse (BPtK, 2011) zukünftig mehr Behandler mit Migrationshintergrund in das deutsche Gesundheitssystem integrieren wird.

Die Patienten mit Migrationshintergrund, die die stationäre psychotherapeutische/ psychosomatische Behandlung in Anspruch nehmen, zeichnen sich nach den vorliegenden Ergebnissen durch erhöhte psychosozialen Belastungen und zum Teil geringere Behandlungserfolge aus als die deutschen Patienten. Dies stellt besondere Anforderungen an die Eingangsdagnostik, die Therapieplanung und Therapiegestaltung.

Zur Verbesserung der psychosozialen Versorgungsergebnisse für Patienten mit Migrationshintergrund sollte die interkulturelle Öffnung im Gesundheitswesen verstärkt ausgebaut werden (Machleidt, 2002; Krajic et al., 2004). Die wesentlichen Bausteine dieses Öffnungsprozesses sind die Einstellung von Behandlern mit Migrationshintergrund, die Entwicklung geeigneter sozioökonomischer, sprachlicher und kultursensibler Behandlungskonzepte (Rodewig, 2000; Erim und Senf, 2002; Gavranidou und Abdallah-Steinkopff, 2007) und die Durchführung interkultureller Sensibilitätstrainings und interkultureller Supervision (Bäärnhielm & Mösko, 2012).

Literatur

(für den Abschnitt Zusammenfassung und Diskussion)

- Bäärnhelm, S. and Mösko, M. (2011). Cross-cultural Training in Mental Health Care – challenges and experiences from Sweden and Germany. *European Journal of Psychiatry* (im Druck).
- Bade, K. (2008). Analyse: Zuwanderung und Integration in Deutschland. *Magazin-Deutschland.de* <http://www.magazin-deutschland.de/de/artikel/artikelansicht/article/analyse-zuwanderung-und-integration-in-deutschland.html>
- BARMER GEK (2011) BARMER GEK Report Krankenhaus. Schwerpunktthema: Der Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung bei psychischen Störungen. BARMER GEK: Schwäbisch Gmünd. http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Versicherte/Komponenten/gemeinsame_PDF_Dokumente/Reports/PDF-Report-Krankenhaus-2011,property=Data.pdf
- Bengi-Arslan, L., Verhulst, F.C., Crijnen, A.A.M. (2002). Prevalence and determinants of minor psychiatric disorder in Turkish immigrants living in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 37:118-124.
- BKK (2011). BKK Gesundheitsreport 2010 – Gesundheit in einer älter werdenden Gesellschaft. BKK Berufsverband, Essen. http://www.bkk.de/fileadmin/user_upload/PDF/Arbeitgeber/gesundheitsreport/BKK_Gesundheitsreport_2010.pdf
- BPtK (2010). Komplexe Abhängigkeiten machen psychisch krank - BPtK-Studie zu psychischen Belastungen in der modernen Arbeitswelt. BPtK, Berlin. http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPtK-Studien/belastung_moderne_arbeitswelt/20100323_belastung-moderne-arbeitswelt_bptk-studie.pdf
- BPtK (2011). Psychotherapeut muss für Approbation nicht länger EU-Bürger sein. BPtK, Berlin. <http://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/psychotherap-67.html>
- Brähler, E. & Siefen, G. (2006). Psychodiagnostik für Migranten und Migrantinnen. Vortrag im Rahmen der Fachtagung am 4. Dezember 2006 in Hamburg.
- Brzoska, P., Voigtländer, S., Spallek, J., Razum, O. (2010). Utilization and effectiveness of medical rehabilitation in foreign nationals residing in Germany. *Eur J Epidemiol*, 25:651-660.

- Bundesministerium des Inneren (2011). Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung – Migrationsbericht 2009. http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/2011/Migrationsbericht_2009_de.pdf?__blob=publicationFile
- Bundesregierung (2007). Der Nationale Integrationsplan: Neue Wege – Neue Chancen. Berlin. http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Publikation/IB/nationaler-integrationsplan.pdf?__blob=publicationFile
- DAK (2011). Gesundheitsreport 2011. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunktthema: Wie gesund sind junge Arbeitnehmer? DAK Forschung, Hamburg. http://www.dak.de/content/filesopen/Gesundheitsreport_2011.pdf
- Deutscher Bundestag (1975). Zur psychiatrischen und psychotherapeutischen/ psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung; Drucksache 4/4200. http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/medien/dokumente/enquete1975/enquete1975.pdf
- Erim, Y. und Senf, W. (2002). Psychotherapie mit Migranten - Interkulturelle Aspekte in der Psychotherapie. Psychotherapeut, Volume 47: 6, 336-346.
- Gavranidou, M. und Abdallah-Steinkopff, B. (2007). Brauchen Migrantinnen und Migranten eine andere Psychotherapie? Psychotherapeutenjournal, 4: 353-361.
- Hartkamp, N. (2004). Psychiatrie und Migration: Forschungsperspektiven. Psychoneuro, 30 (2): 109–111. <https://www.thieme-connect.de/ejournals/pdf/psychoneuro/doi/10.1055/s-2004-822431.pdf>
- Haug, T. (2008). Politische Partizipation von Inländern ohne deutsche Staatsangehörigkeit in Deutschland - Ein Beitrag zu Integration und Demokratisierung? GRIN Verlag.
- Huber, M., Stanciole, A., Wahlbeck, K., Tamsma, N., Torres, F., Jelfs, E. & Bremne, J. (2008). Quality in and equality of access to healthcare services. European Commission. http://www.ehma.org/files/HealthQuest_en.pdf
- Hunger, U. & Candan, M. (2009). Politische Partizipation von Migranten in der Bundesrepublik Deutschland und über die deutschen Grenzen hinweg. Expertise im Auftrag des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge. Westfälische Wilhelms-Universität Münster. http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Expertisen/politische-partizipation.pdf?__blob=publicationFile

- Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik und Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (2009). Erster Integrationsindikatorenbericht: Erprobung des Indikatorensets und Bericht zum bundesweiten Integrationsmonitoring. Erstellt für die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration.
- <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Publikation/IB/Anlagen/2009-07-07-indikatorenbericht,property=publicationFile.pdf>
- Isserstedt, W., Middendorff, E., Kandulla, M., Borchert, L. & Leszczensky, M. (2010). Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in der Bundesrepublik Deutschland 2009. 19. Sozialerhebung des DSW durchgeführt durch HIS Hochschul-Informationssystem - Ausgewählte Ergebnisse, Berlin.
- http://www.sozialerhebung.de/pdfs/Soz19_Kurzfassung.pdf
- Knipper, M. & Bilgin, Y. (2009). Migration und Gesundheit. Konrad-Adenauer-Stiftung e.V. Sankt Augustin/Berlin. http://www.kas.de/wf/doc/kas_16451-544-1-30.pdf?100422141713
- Kohlmeier, M. & Schimany, P. (2005). Der Einfluss von Zuwanderung auf die deutsche Gesellschaft - Deutscher Beitrag zur Pilotforschungsstudie „The Impact of Immigration on Europe’s Societies“ im Rahmen des Europäischen Migrationsnetzwerks. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Nürnberg.
- Krajic, K., Trummer, U. & Wirtenberger, M. (2004). Migrant Friendly Hospitals in a culturally diverse Europe. The “Amsterdam Declaration” provides new momentum for improving health services for migrants and ethnic minorities and for developing more personalised services for all patients. Newsletter 24/04, Health Promoting Hospitals, Vienna.
- Levecque, K., Lodewyckx, I., Vranken, J. (2007). Depression and generalised anxiety in the general population in Belgium: A comparison between native and immigrant groups. *J Affect Disord*, 97:229-239.
- Machleidt, W. (2002). Die 12 Sonnenberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Migrantinnen in Deutschland. *Nervenarzt*, 73, 1208-1212.
- Möske, M. (2011). Stand der psychotherapeutischen Versorgung von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund in Deutschland. 22. Juni 2011, Fachtagung - AG Gender und Depression im Bündnis gegen Depression, Hannover.

Möske, M., Schulz, H., Lüdeke, B., Watzke, B., Heinz, A. & Koch, U. (2007) Migration und Gesundheit - Bericht über die Fachtagung am 4. Dezember 2006 in Hamburg.

http://zpm.uke.uni-hamburg.de/Webpdf/01_Tagungsband_Ergebnisse.pdf

Odening, D., Jäschke, K., Möske, M. (2011). Interkulturelle Öffnung in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung - eine explorative Studie in Hamburg und Berlin (in Vorbereitung).

Pfaff, H. (2003). Versorgungsforschung - Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. In H. Pfaff, M. Schrappe, K. W. Lauterbach, U. Engelmann, & M. Halber (Eds.). Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung (pp. 13-23). Bern: Verlag Hans Huber.

Rabung S., Harfst T., Kowski S., Koch, U., Wittchen, H.U., Schulz, H. (2009). Psychometrische Überprüfung einer verkürzten Version der „Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis“ (HEALTH-49). Z Psychosom Med Psychother; 55: 162-179.

Razum, O., Zeeb, H., Meesmann, U., Schenk, L., Bredehorst, M., Brzoska, P., Dercks, T., Glodny, S., Menkhaus, B., Salman, R., Saß, A.C. und Ulrich, R. (2008). Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin.
http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/ren4T3cctjHcA/PDF/253bKE5YVJxo_28.pdf

Rodewig, K. (2000). Stationäre psychosomatische Rehabilitation von Migranten aus der Türkei. Sind monokulturelle Behandlungseinheiten sinnvoll? Psychotherapeut, 45:350–355.

Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (SVR). Einwanderungsgesellschaft 2010. Jahresgutachten 2010 mit Integrationsbarometer. http://www.svr-migration.de/wp-content/uploads/2010/11/svr_jg_2010.pdf

Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T., Dirmaier, J., Watzke, B., Koch, U. (2006). Versorgungsforschung in der psychosozialen Medizin. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz; 49:175–187.

- Stallbaum, B. (2008). Inklusion, Integration und gesellschaftliche Teilhabe psychisch kranker Menschen - sozialpädagogische Perspektiven für die gemeindepsychiatrische Betreuung. Norderstedt, GRIN Verlag.
- Steffanowski, A., Löschmann, C., Schmidt, J., Wittmann, W.W., Nübling, R. (2005). Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation - MESTA-Studie. Bern, Hans Huber.
- Swinnen S., Selten J.P. (2007). Mood disorders and migration - Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 190: 6-10.
- TK (2009). Gesundheitsreport 2009 - Veröffentlichungen zum betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK, Band 21. Techniker Krankenkasse: Hamburg.
http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/157354/Datei/19443/Gesundheit_sreport-8.pdf
- van der Wurff, F.B., Beekman, A.T.F., Dijkshoorn, H. et al (2004). Prevalence and risk-factors for depression in elderly Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. *J Affect Disord*, 83:33–41.
- Wienberg, G. (2008). Gemeindepsychiatrie heute - Erreichtes, aktuelle Herausforderungen und Perspektiven. *Sozialpsychiatrische Informationen* 1/2008, 2-13.
- World Health Organisation (2008). The global burden of disease: 2004 update. WHO: Geneva.
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf