

Versorgung psychisch kranker Patienten mit Migrationshintergrund

Mental Health Care for Migrants

Autoren

Jutta Lindert¹, Stefan Priebe¹, Simone Penka², Fatima Napo², Meryam Schouler-Ocak², Andreas Heinz²

Institute

¹ Social and Community Psychiatry, Barts and the London School of Medicine and Dentistry, Queen Mary, University of London

² Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité Campus Mitte, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Key words

- migrants
- mental health
- addictive behaviour
- care
- barriers

Zusammenfassung

Hintergrund Aufgrund der globalen Wanderungsbewegungen und der Zuwanderung nach Europa und Deutschland treffen immer häufiger Menschen aus unterschiedlichen Herkunftsländern in den Institutionen der psychosozialen Gesundheitsversorgung aufeinander. Migranten sind eine heterogene Gruppe hinsichtlich ihrer Herkunft, der Zuwanderungsmotive und des legalen Status.

Ziele Ziel dieser Übersichtsarbeit ist es, einen Überblick zum Wissensstand zu geben bezüglich 1. der psychischen Gesundheit von Migranten, 2. der kulturell unterschiedlichen Erklärungsansätzen abhängigen Verhaltens sowie 3. zur Inanspruchnahme des psychosozialen Systems (ambulant und stationär) durch Migranten mit Schwerpunkt auf der Nutzung des Suchthilfesystems sowie zur Mitarbeiterkompetenz in der psychosozialen Versorgung.

Ergebnisse Forschungen zu psychischer Gesundheit und kulturell unterschiedlichen Erklärungsansätzen abhängigen Verhaltens sowie zur Nutzung des psychosozialen Versorgungssystems durch Migranten und zur Mitarbeiterkompetenz im Versorgungssystem zeigen uneinheitliche Ergebnisse. Diese können mit Unterschieden (u.a. geringe Fallzahlen, Beschränkung auf klinische Gruppen, keine Kontrollgruppen, Beschränkungen auf eine Ethnie, unterschiedliche Samplingmethoden) in Methoden oder in den untersuchten Gruppen zusammenhängen. Die psychosozialen Versorgungsmöglichkeiten werden teilweise anders von Migranten und Nicht-Migranten in Anspruch genommen. Barrieren der Nutzung könnten in der Verunsicherung der Personen in den Einrichtungen der Versorgung oder in institutionell begründeten Barrieren liegen.

Ausblick Unser Überblick zeigt, dass empirische Forschung zur psychischen Situation von Mig-

Abstract

Background Global migration and the increasing number of migrants to Europe and Germany diversify the needs in the psychosocial and health care system. Migrants are a heterogeneous group as regards their country of emigration, reasons for migration and legal status.

Aims We aim to give an overview on 1) mental health of migrants in Germany, 2) cultural associated explanatory of addictive behaviour, 3) utilisation and help-seeking behaviour migrants with particular regard to addicted migrants, and on 4) barriers within the psychosocial care system.

Results Studies on migration, mental health and utilisation of psychosocial institutions especially of institutions for addicted persons show inconsistent results. The results may be conflicting because of the methods used (e.g. small sample size, variety of methods, studies on clinical populations, studies without control-groups, mono-ethnic studies) or because of differences between populations. Therefore, the comparability of results is limited. Migrants use health and psychosocial care institutions differently from non-migrants. Barriers within the psychosocial care system may be caused by uncertainty of learned behaviour of members of staff how to treat migrants or by institutional barriers.

Conclusion Our findings show that empirical studies on mental health of migrants are still rare. Further specific investigations are needed to get an in-depth understanding of migrants' mental health and their pattern of psychosocial and health care utilisation to modify responsiveness of services.

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2008-1067360
 Psychother Psych Med 2008;
 58: 123–129 © Georg Thieme
 Verlag KG Stuttgart · New York ·
 ISSN 0937-2032

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Andreas Heinz
 Direktor, Klinik für Psychiatrie
 und Psychotherapie, Charité –
 Universitätsmedizin Berlin,
 Campus Charité Mitte
 Schumannstraße 20/21
 10117 Berlin
 andreas.heinz@charite.de

ranten immer noch selten ist. Dringend benötigt wird spezifische Forschung, um die psychosoziale und gesundheitliche Situation der Migranten sowie deren Inanspruchnahmeverhalten psychosozialer Einrichtungen besser zu verstehen und datenbasiert deren psychosoziale Versorgung an Bedürfnisse und Notwendigkeiten anzupassen.

Einführung

Aufgrund der Zuwanderung nach Europa treffen immer häufiger Menschen unterschiedlicher Ethnien in den Institutionen der psychosozialen Gesundheitsversorgung aufeinander, wobei die Verteilung der Herkunftsländer der Migranten sehr unterschiedlich ist [1]. Deutschland, Großbritannien und Italien (Gesamtbevölkerungszahl 459488,4 Millionen, Stand 31.12.2005) haben einen Anteil an der Gesamtmigration nach Europa von 76% [2]. Der Begriff „Migrant“ bezeichnet eine heterogene Gruppe von Personen und sagt weder etwas aus über die Art, wie diese Personen eingewandert sind, noch etwas über den Zweck ihrer Migration oder ihren Aufenthaltsstatus.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) unterscheidet zwischen „gezwungenen“ („forced“) und „freiwilligen“ („voluntary“) Migranten [3]. In Deutschland werden „Migranten“ und „Personen mit Migrationshintergrund“ unterschieden. Als „Migranten“ werden die Menschen bezeichnet, die selbst oder deren Eltern nach Deutschland eingewandert sind. Als „Personen mit Migrationshintergrund“ werden die bezeichnet, bei denen mindestens ein Elternteil nach Deutschland eingewandert ist [4]. In Deutschland kann zudem auch die dritte Einwanderergeneration noch eine wichtige Bestimmungsgröße der Lebensumstände sein, insofern als auch Menschen der dritten Generation nicht die deutsche Staatsangehörigkeit haben können.

Die Gruppe der Migranten und die der Personen mit Migrationshintergrund sind sehr heterogen sofern zusätzlich der juristische Status berücksichtigt wird. Nach juristischem Status können unterschieden werden u. a. anerkannte Flüchtlinge, Asylbewerber, Flüchtlinge ohne offiziellen Flüchtlingsstatus im Sinne der Genfer Konvention; Ausländer, die aus humanitären Gründen aufgenommen werden, geduldete Ausländer, Ausländer mit befristeter und mit unbefristeter Aufenthaltserlaubnis, Touristen, Reisende im Transit, Ausländer mit illegalem Status, deutschstämmige Aussiedler, Arbeitsmigranten aus Ländern der Europäischen Union und Arbeitsmigranten aus Ländern, die nicht zur Europäischen Union gehören [5]. Der Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung (ca. 18,6%) in Deutschland ist weitaus größer als der sogenannte „Ausländeranteil“ (8,6%) (Bezugsjahr ist 2005) [6].

Der juristische Status der Migranten bildet den Rahmen für den Zugang und die Kontinuität der gesundheitlichen Versorgung und damit auch für die Qualität der Versorgung. Grundsätzlich haben alle Versicherten mit einer Niederlassungserlaubnis oder einer Aufenthaltserlaubnis für mehr als 12 Monate Zugang zur gesundheitlichen Versorgung. Asylbewerber haben einen Anspruch auf Behandlung akuter Krankheiten und Schmerzen (§6 Abs. 2 Asylbewerberleistungsgesetz). Für Migranten ohne Papiere besteht kein Zugang zur Gesundheitsversorgung.

Die regionale Verteilung der Migranten in Deutschland ist sehr unterschiedlich: In den alten Bundesländern liegt der Anteil der Migranten und ihrer Kinder mit 21,5% mehr als viermal so hoch wie in den neuen Bundesländern (5,2%). Flüchtlinge und Asylbewerber sind in ländlichen und städtischen Regionen verteilt; Ar-

beitsmigranten bilden eine fast ausschließlich städtische Wohnbevölkerung mit Konzentrationen in innerstädtischen Stadtvierteln oder in Vorstädten von Ballungsräumen. Obwohl damit Migranten vor allem in den innerstädtischen Gebieten der Städte einen großen Teil der Patienten ausmachen, sind sie bisher in der gesundheitswissenschaftlichen Forschung nicht dementsprechend repräsentiert, sodass kaum Kenntnisse über die epidemiologische Lage, die Versorgungsprozesse und die Determinanten migrationspezifischer Versorgung vorhanden sind. In der Hauptstadt Berlin hatten 2005 15% der Bewohner eine ausländische Staatsangehörigkeit. Die Altersverteilung der Migranten ist unterschiedlich zu der Altersverteilung der Nichtmigranten. Bei den Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (bis 25 Jahre) haben 27,2% einen Migrationshintergrund, bei Kindern unter 6 Jahren ein Drittel.

Bisherige Studien haben gezeigt, dass Barrieren unterschiedlicher Art wie strukturelle und finanzielle, sprachliche und kommunikative sowie schwer einschätzbarer Ansprüche und Erwartungen der Mitarbeiter und der Migranten die Qualität der gesundheitlichen Versorgung beeinträchtigen können. Es wurde daher gefordert, die Versorgungsangebote migrationspezifisch im Sinne „interkultureller Öffnung“ zu verändern [7]. Unter dem Thema „interkulturelle Öffnung“ gibt es in Deutschland insbesondere in der „grauen Literatur“ eine große Vielzahl von Empfehlungen und Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Migranten. Speziell bezogen auf die psychosoziale Versorgung wurden bereits 2002 von der „Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie“ (DGPPN), unter Leitung des Referats „Transkulturelle Psychiatrie“, 12 Leitlinien („Sonnenberger Leitlinien“) zu der psychosozialen Versorgung von Migranten formuliert und verabschiedet [8], die u. a. die Bildung multikultureller Behandlungsteams, die Organisation und den Einsatz zertifizierter Übersetzer und Kulturmediatoren, die Notwendigkeit der Kooperation der Dienste der Regelversorgung, die Verbesserung der Informationen durch muttersprachliche Medien und die Bereitschaft der in der psychosozialen Versorgung tätigen Berufsgruppen zur Einbeziehung von Betroffenen forderten.

Ziel dieser nichtsystematischen Übersichtsarbeit ist es einen Überblick zu Aspekten der Migration in Deutschland und zur psychischen Gesundheit von Migranten zu geben. Ein besonderer Fokus der Übersichtsarbeit liegt auf der Beschreibung der möglichen Bedingungen der Nutzung des psychosozialen Systems durch Migranten mit einem Schwerpunkt auf der Nutzung des Suchthilfesystems.

Migration und psychische Gesundheit

Migration ist mit Belastungen und Risiken, aber auch mit Chancen verbunden, da Migration sowohl das Risiko zu erkranken als auch die Chance, Versorgung im Sinne schlechterer oder auch besserer Versorgung als im Heimatland zu erhalten, beeinflussen kann. Obwohl die verfügbaren Daten zur psychischen Gesundheit von Migranten zumeist unzureichend sind, gibt es Hinweise auf spezielle psychische Probleme und Besonderheiten in den Krankheitsverläufen bei manchen Migrantengruppen [9]. Zudem ist bekannt, dass Migranten im Verlauf der Migration verschiedene Neudefinierungsprozesse vornehmen, bei denen die eigene Identität neu interpretiert und definiert wird. Diese Identitätsprozesse stehen in Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit von Migranten [10].

Die rechtlichen Rahmenbedingungen im Herkunftsland, der Verlauf der Migration (u. a. Gewalterfahrungen während der Migration, Dauer der Migration, Aufenthaltsdauer im Aufnahmeland) sowie die rechtliche und soziale Lage im Zielland (u. a. Art der sozialen Unterstützung, finanzielle Ressourcen) beeinflussen den Migrationsprozess entscheidend. Die rechtliche Lage im Aufnahmeland ist eng an den juristischen Aufenthaltsstatus gebunden. Der Aufenthaltsstatus wiederum ist, insbesondere bei Unsicherheit bezüglich der Aufenthaltsgenehmigung, eng korreliert mit dem Zugang zu der Versorgung und mit der sozialen Lage und die soziale Lage wiederum mit dem selbst eingeschätzten Gesundheitszustand [11].

Die Unterschiede in der sozialen Lage von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund zeigen sich unter anderem an der Haushaltsform. In Deutschland ist etwa jeder zweite Migrantenhaushalt, aber nur jeder dritte Haushalt ohne Migrationshintergrund, dem unteren Einkommensbereich (unter 40% des Äquivalenzeinkommens) zuzuordnen. Diese Einkommensunterschiede spiegeln sich in einer stärkeren Abhängigkeit der Migranten von finanzieller Unterstützung wieder. Ende des Jahres 2001 bezogen 12,5% der nichtdeutschen Bevölkerung laufende Hilfe zum Lebensunterhalt (außerhalb von Einrichtungen) bzw. Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Bereits im ersten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung wird ausgeführt, dass ein Migrationshintergrund mit sozialer Lage, insbesondere mit schlechteren Aussichten auf dem Arbeitsmarkt, geringeren Einkommenschancen und häufigerem Sozialhilfebezug einhergeht [12], was auch im 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung bestätigt wurde [13]. Aus dem – oft niedrigen – Sozialstatus von Migranten ergeben sich Risiken, denen auch Deutsche mit vergleichbarem Sozialstatus ausgesetzt sind, z. B. besondere Belastungen am Arbeitsplatz und vermehrtes Rauchverhalten.

Forschungen zum Zusammenhang von Migration und psychischer Gesundheit zeigen unterschiedliche Resultate [14] und sind auch aufgrund methodischer Probleme (u. a. geringe Fallzahlen, Beschränkung auf klinische Gruppen, keine Kontrollgruppen, Beschränkungen auf eine Ethnie) und oft nichtsystematischer Samplingmethoden sehr widersprüchlich [15]. Ein vergleichender systematischer Review der psychosozialen Forschung zu Migranten in Großbritannien, Deutschland und Italien zeigte, dass die meiste Forschung zu psychischen Störungen und Migranten in Großbritannien durchgeführt wurde und die Ergebnisse der Studien sehr unterschiedlich sind [16]. Die Annahme, Migranten würden im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung generell vermehrt unter gesundheitlichen Belastungen leiden, ist durch diese Untersuchungen daher nicht mehr haltbar.

Migranten weisen also als Gesamtgruppe im Vergleich zu den meisten einheimischen Bevölkerungsgruppen keine erhöhte psychosoziale Morbidität auf; bei Migrantengruppen, die besonderen Belastungen ausgesetzt sind, können sich jedoch Morbiditätsunterschiede im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung ergeben. Es gibt Hinweise auf Unterschiede in Bezug auf bestimmte Störungsgruppen, wie insbesondere der schizophrenen Störungen [17]. Bisher liegen allerdings in Deutschland weder repräsentative Daten zur Prävalenz psychischer Gesundheit noch Daten aus Längsschnittuntersuchungen zur Entwicklung psychischer Gesundheit bei Migranten vor. Daten aus einer Längsschnittuntersuchung aus den USA geben Hinweise, dass die psychische Gesundheit der untersuchten Migrantengruppe sich mit jeder Generation verschlechterte [18].

Migranten und Nutzung psychosozialer Institutionen

Nach vorliegenden Untersuchungen werden die psychosozialen Versorgungsmöglichkeiten (ambulante, stationäre) sowie der Maßregelvollzug von Migranten anders als von Nichtmigranten in Anspruch genommen [19]. Untersuchungen zu der Inanspruchnahme von stationären psychosozialen Einrichtungen durch Migranten geben Hinweise, dass diese deutlich geringer genutzt werden, als es ihrem Bevölkerungsanteil entspricht. Allerdings sind die meisten dieser Untersuchungen nicht repräsentativ und versäumen für demografische Faktoren (Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status) zu adjustieren.

Die Akutversorgungsangebote der psychiatrischen Institutionen werden – zumindest von einzelnen ethnischen Gruppen – überdurchschnittlich, die rehabilitativen Angebote der psychosozialen Institutionen sowie die stationäre und ambulante Psychotherapie unterdurchschnittlich genutzt [20]. Daher wird davon ausgegangen, dass bei Migranten eine erhebliche psychosoziale Fehlversorgung vorliegt. Die psychosoziale Versorgung der Migranten erfolgt sowohl in den Institutionen der Regelversorgung, in Spezialsprechstunden in den Regelinstitutionen [21] und in speziellen Versorgungszentren für einzelne Migrantengruppen [22]. Eine Umfrage aus dem Jahr 2000 in psychosozialen Krankenhäusern in Deutschland ergab, dass es in der stationären Versorgung zumeist keine speziellen Behandlungsangebote oder -konzepte gibt [23].

Ausnahmen im stationären Setting sind einige wenige Einrichtungen, wie z. B. eine Migrantenstation im Psychiatrischen Krankenhaus in Marburg. Angebote im ambulanten Setting von psychiatrischen Krankenhäusern sind u. a. die Spezialsprechstunde für Migranten an der Charité in Berlin, an dem Niedersächsische Landeskrankenhaus in Hildesheim und an dem akademischen Lehrkrankenhaus der Georg-August-Universität in Göttingen. Grube berichtet von der Einrichtung einer bilingualen Behandlungsmöglichkeit für türkische Migranten [24], Erim-Frodermann et al. beschreiben die Implementierung eines muttersprachlichen Psychotherapieangebotes [25], Schmelting-Kludas eines muttersprachlichen Angebotes in der psychosomatischen Rehabilitation [26].

Die vorhandenen Daten zeigen somit, dass Migranten in den ambulanten und teilstationären Bereichen unter- und in den geschlossenen Bereichen und in der Forensik überrepräsentiert [27] sind, welches die Vermutung nahe legt, dass sie entweder unter-, über- oder fehlversorgt werden [28]. Mehrere Autoren vertreten die These, dass die Gesundheitsversorgung von Migranten aufgrund deren geringeren Inanspruchnahme von psychosozialen Diensten allgemein schlechter sei, als die der einheimischen Bevölkerung [29].

Migrantinnen im psychosozialen Versorgungssystem in Deutschland

Besonders für Migrantinnen ergeben sich im Gesundheitssystem Benachteiligungen durch ihre Unterversorgung in den Bereichen der Prävention und der Aufklärung. Darunter fällt auch die Verordnung nicht indizierter Medikamente sowie die Überdosierung oder „Endlosdiagnostik“ [30,31]. Eine Untersuchung aus dem Jahr 2001–2002 der Berliner Charité bezüglich deutscher Sprachkompetenz bei türkischen Migrantinnen zeigt, dass von 815 Patienten und Patientinnen Migrantinnen (insbesondere äl-

tere Frauen) im Vergleich zu männlichen Migranten deutlich weniger Sprachkompetenz zeigen [32]. Nach Gaitanides sind Migrantinnen zudem und/oder mit innerfamiliären Konflikten (z.B. widersprüchliche Geschlechts-, Generationsrollen) konfrontiert [33]. Migrantinnen sind laut Gaitanides oftmals gezwungen, die durch eine neue Rollenverteilung entstandene autoritäre Entmachtungen der Eltern gegenüber Ihren Kindern zu kompensieren. Das bedeutet unter anderem, dass sie für Lösungen familiärer Probleme oftmals die Rolle der „Familietherapeutin“ annehmen. Diese spezifischen Beanspruchungen könnten mit der im Vergleich zur deutschen Bevölkerung erhöhten Prävalenz psychosomatischen und Schmerzsymptomen zusammenhängen [34].

Mitarbeiterkompetenz in der psychosozialen Versorgung

Studien zeigen, dass die Versorgung von Migranten in der professionellen Versorgungssituation auch für die Mitarbeiter eine Verunsicherung mit sich bringt, in dem die innerhalb der Ausbildung und des Berufsalltags gelernten routinisierte Handlungsformen unsicher werden. Die Verunsicherung der professionellen Rolle kann die effiziente psychosoziale Versorgung infrage stellen, sofern trotz der Dysfunktionalität an gelernten Handlungen festgehalten wird [35]. Als entscheidend für eine adäquate migrationsspezifische Versorgung vonseiten der Versorgenden gilt die Entwicklung „kultureller Kompetenz“. Das Konzept der „kulturellen Kompetenz“ wurde nach unserem Wissen zuerst 1989 in den Vereinigten Staaten zur Verbesserung der Versorgung von Migrantenkindern konzipiert und ist in den Folgejahren vielfach modifiziert worden. „Kulturelle Kompetenz“ schließt in diesem Konzept Wissen, Verhalten und Einstellungen ein. In der theoretischen Weiterentwicklung des Konzeptes der kulturellen Kompetenz wird derzeit Mitarbeiterkompetenz in der psychosozialen Versorgung verstanden als bestehend aus generischen Kompetenzen wie Neugier auf Fremdes („cultural sensitivity“), Empathiefähigkeit („cultural empathy“), Möglichkeit und Bereitschaft, Beziehungen kulturell sinnvoll zu gestalten („adjustment of culturally relevant relations“) und aus psychiatrispezifischen Kompetenzen wie Wissen um Kompetenz in der Diagnostik und Therapie kulturassoziierter Symptompräsentationen und -behandlungserwartungen („knowledge“) [36] und Einfühlungsvermögen, welche Therapieziele für den Patienten in seinem kulturellen Kontext bedeutsam und sinnvoll sind („establishment of ability for cultural guidance“) [37].

Für Deutschland liegen einige Studien, die die Qualität psychosozialer Behandlung evaluieren, vor. Brucks et al. (1987) untersuchten die ambulante Gesundheitsversorgung und fanden, dass die Interaktion von Mitarbeitern und Patienten je nach Schichtzugehörigkeit differiert, da Patienten mit niedrigerem sozialem Status weniger ernst genommen wurden als Patienten der Mittelschicht [38]. In der Pflege wurde beobachtet, dass Pflegenden weniger Zeit bei Patienten mit Migrationshintergrund aufwenden und kaum Vertrauen stiftende Alltagsgespräche führen [39]. Insbesondere wurde der Aspekt der sprachlichen Verständigung in Bezug auf kulturell kompetente Versorgung untersucht und sprachliche Verständigungsschwierigkeiten als bedeutsamstes Problem dargestellt [40]. Auf die Frage „Haben Sie Patienten/Klienten zu versorgen, die sich nur schwer oder gar nicht auf Deutsch verständigen können?“, antworteten in einer Studie des Projektes der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

„Gesunde Stadt“ sowohl Ärzte, Pflegepersonal, Sozialarbeiter und Therapeuten zu mehr als 90% mit „ja“. Sprachliche Verständigungsschwierigkeiten scheinen zu einer fundamentalen Verunsicherung der Mitarbeiter zu führen [41]. Andererseits gibt es Untersuchungen, die zeigen, dass Sprachprobleme in ihrem Einfluss auf die psychosoziale Diagnostik oft überbewertet werden und es ist bisher nicht klar, welche Erwartungen Migranten an die professionelle Kommunikation in der psychosozialen Versorgung haben [42].

Migranten im Suchthilfesystem

Bislang existieren bundesweit keine epidemiologischen Daten über Suchterkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund. Jedoch liegen für den Bereich der Drogenabhängigkeit Schätzungen einzelner Städte vor. So wurden in Frankfurt am Main 1994 und 1995 ca. 37% aller erfassten Drogenkonsumenten als Nichtdeutsche [43] angegeben, während ihr Anteil in Hamburg mit 33–35% beziffert wurde [44]. Der Unterschied zwischen „Nichtdeutsch“ und „Migrationshintergrund“ ist jedoch dabei noch nicht berücksichtigt, so besitzen sogenannte „Spätaussiedler“ zwar oftmals die deutsche Staatsangehörigkeit, haben aber auch Migrationshintergrund. Es wird inzwischen davon ausgegangen, dass sich der Anteil an Drogenabhängigen nicht-deutscher Herkunft in den meisten Ballungszentren in etwa dem jeweiligen Bevölkerungsanteil in den Städten angeglichen hat. Dies bedeutet, dass Menschen mit Migrationshintergrund gleichermaßen von Suchterkrankungen betroffen sind als Menschen ohne Migrationshintergrund.

In den letzten Jahren ist eine Zunahme der Suchtproblematik bei Menschen mit Migrationshintergrund zu beobachten [45]. Entgegen der Annahme, dass die Inanspruchnahme der Suchthilfesysteme entsprechend zunehmen müsste, ist weiterhin eine deutlich verminderte Nutzung des Suchthilfesystems durch Menschen mit Migrationshintergrund zu registrieren, wie zumindest die verfügbaren Zahlen aus Frankfurt am Main und Hamburg zeigen. Migranten machen nur 10–15% der Gesamtklientel in Frankfurter [46] und lediglich 8–10% in Hamburger Drogenberatungsstellen aus [47]. Der Unterschied zwischen dem Anteil der betroffenen Drogenabhängigen mit Migrationshintergrund und denen, die das Suchthilfesystem in Anspruch nehmen, ist also groß. Möglicherweise sind zum einen Zugangsbarrieren und zum anderen unterschiedliches Hilfesuchverhalten für diese Diskrepanz verantwortlich.

Als Barrieren werden in der Forschung sprachliche und kulturelle Barrieren, Unkenntnis der Hilfsangebote in Deutschland sowie Angst vor aufenthaltsrechtlichen Folgen genannt [48–50]. Das unterschiedliche Hilfesuchverhalten ist u.a. durch Nutzung innerfamiliärer Bewältigungsstrategien bedingt, wie das Verschieben der Erkrankten ins Heimatland beispielsweise bei türkischen Drogenabhängigen, Verheiratung (mit der Vorstellung, dass ein Partner bzw. eine Partnerin den Betroffenen zur Vernunft bringen wird). Es wurde gezeigt, dass Eltern für den Fall einer Drogenabhängigkeit ihrer Kinder unterschiedliche Lösungen vorschlugen und meist keine Kenntnis davon hatten, dass eine medizinische Behandlung erforderlich sei (45 von 75 befragten Elternpaaren) oder eine psychologisch/psychiatrische (40/73) – wobei 55 der 73 befragten Elternpaare dennoch innerfamiliäre Lösungen vorzogen [48]. Auch auf mögliche Barrieren aufseiten der Suchthilfe und ihrer Mitarbeiter selbst in Form von z.B. abweisendes Verhalten, Wirkung unbewusster Vorurteile, Be-

fürchtungen von Mehrarbeit sollte in diesem Zusammenhang hingewiesen werden.

Kulturell differente Erklärungsansätze abhängigen Verhaltens

Kleinman [51] entwickelte das Konzept der „Erklärungsmodelle“ seelischer und körperlicher Erkrankungen. Das Erklärungsmodell einer Krankheit besteht aus dem kulturell geprägten Verständnis der Entstehungsbedingungen, Symptome, Verläufe und Behandlungsmöglichkeiten einer Erkrankung. Dabei wird von jeweils individuellen Variationen ausgegangen, jedoch lassen sich wichtige Gemeinsamkeiten bei Menschen aus bestimmten gesellschaftlichen Gruppierungen und Kulturen erkennen. Unterschiedliche Erklärungsmodelle süchtigen Verhaltens zwischen Menschen mit Migrationshintergrund und Deutschen und die daraus folgenden Kommunikationsschwierigkeiten können auch dazu beitragen, dass das deutsche Suchthilfesystem von Menschen mit Migrationshintergrund kaum in Anspruch genommen wird.

Wir untersuchten deshalb Erklärungsmodelle von Suchterkrankungen bei türkischen Jugendlichen und Drogenabhängigen [49,52] und befragten dazu 100 türkische und deutsche Jugendliche nach Begriffen, die sie mit Suchterkrankungen in Verbindung bringen (Free listing). Je 20 türkische und deutsche Jugendliche sortierten diese Karten zu inhaltlich passenden Karten (z. B. bezüglich Krankheitsbildern, Hilfemöglichkeiten) [53]. Anhand einer rechnergestützten hierarchischen Clusteranalyse und einer multidimensionalen Skalierung erfolgte die grafische Darstellung der Begriffe, die einander häufig zugeordnet wurden [54]. So entstand eine Abbildung des semantischen Netzwerks der Suchtbegriffe [54]. Überraschenderweise entsprach die begriffliche Zuordnung der türkeistämmigen Jugendlichen in vieler Hinsicht eher westlich-medizinischen Kategorien als die der deutschen Jugendlichen. So setzten türkeistämmige Jugendliche Essstörungen nicht mit stoffgebundenen Süchten in Zusammenhang [52,55]. Anders als die deutschen Jugendlichen brachten die türkischen die Essstörungen nicht mit Begriffen wie Schande oder Peinlichkeit in Verbindung; sie wurden stattdessen in einen familiären Kontext gesetzt, der zeigt, dass Eltern bei dieser Problematik offenbar als kompetente Ansprechpartner gesehen werden.

Interessant war, dass türkeistämmige Jugendliche im Gegensatz zu Deutschen nicht zwischen den legalen (Alkohol und Nikotin) und illegalen Drogen differenzierten. Die fehlende Unterscheidung zwischen legalen und illegalen Konsumgütern könnte möglicherweise auf das Alkoholkonsumverbot in islamischen Glaubensrichtungen zurückzuführen sein. Diese Sichtweise entspricht jedoch nicht dem Stand des medizinischen Wissens. Denn bereits seit Jahren wird auf die erhebliche Gesundheitsgefährdung der Bevölkerung durch Alkohol und Nikotin hingewiesen. Die Zuordnung der türkeistämmigen Jugendlichen könnte aber auch dazu beitragen, dass die gesetzlichen Konsequenzen des illegalen Drogenkonsums unterschätzt werden. In der Literatur wird häufig die Annahme vertreten, dass Menschen mit Migrationshintergrund oftmals das Konzept der „seelischen“ Abhängigkeit nur wenig bekannt sei [56]. Dies deckt sich mit den Angaben türkeistämmiger Jugendlicher, die nur die Medikamentenabhängigkeit als „psychische“ Abhängigkeit bezeichneten. Ebenso ordneten sie Selbsthilfegruppen als nur bei dieser Erkrankung hilfreich zu. Möglicherweise könnte dies eine Erklärung

für Schwierigkeiten, passende Selbsthilfegruppen für Menschen mit Migrationshintergrund zu finden oder zu initiieren, darstellen [52,55].

Interessanterweise wurden gerade zentrale Konzepte des medizinischen Abhängigkeitsbegriffs von türkeistämmigen Jugendlichen als unbrauchbar zur Beschreibung einer Suchterkrankung aussortiert. U. a. wurden jene Begriffe ausgeschlossen, die „Kontrollminderung“ als wichtiges Kennzeichen einer Suchterkrankung beschreiben. Es könnte sich hieraus die Ansicht ergeben, „ohne Suchtmittel leben“ zu können und ohne fremde Hilfe davon weggommen zu können. Die Annahme, generell leicht ohne Suchtmittel leben zu können, könnte sich als sehr gefährlich für abhängig erkrankte Jugendliche mit Migrationshintergrund erweisen. Allerdings können diese Einstellungen generell bei abhängig Kranken gefunden werden. Eine stärkere Einbindung in die Familie und eine damit verbundene Tendenz zur Tabuisierung können bei Menschen mit Migrationshintergrund diese trügerische Sicherheit stärken. Diese Entwicklung kann durch Begriffe wie Ehre, Stolz und (vermeintlich) „männliche“ Stärke unterstützt werden, sodass die Hilfsangebote nicht in Anspruch genommen werden. In unserer Untersuchung reagierten die meisten der Betroffenen auf die Frage, wen sie um Hilfe bitten würden, mit großer Verblüffung [52,55].

Konsequenzen für das Suchthilfesystem

Durch die vorgestellte Untersuchung wurde aufgezeigt, dass die Erklärungsmodelle türkeistämmiger Jugendlicher zu Suchterkrankungen wie z. B. die fehlende Unterscheidung zwischen legalen und illegalen Drogen oder die ausschließliche Zuordnung der Medikamentenabhängigkeit zu „psychischer Abhängigkeit“, sich in zentralen Begriffen vom Sprachgebrauch in Deutschland (allerdings weniger vom offiziell medizinischen Krankheitsmodell) unterscheiden. Dies hat zur Folge, dass die Informations- und Aufklärungsmaterialien entsprechend angepasst werden müssten, will man diese Menschen erreichen. Die einfache Übersetzung der für Deutsche entworfenen Informationsmaterialien reicht hier nicht aus. Vielmehr müssen die festgestellten sprachlichen und kulturellen Unterschiede im Umgang mit Sucht berücksichtigt werden. In interkulturellen Therapie- und Beratungsgesprächen können diese sprachlich-konzeptionellen Unterschiede die Verständigung erschweren. Hier gelten die Regeln, die sonst auch für den interkulturellen Beratungs- bzw. Therapieprozess gefordert werden. Dazu zählt u. a. die interkulturelle Kommunikation, interkulturelle Kompetenz und gegebenenfalls der Einsatz eines professionellen Sprach- und Kulturmittlers [57].

Auch wenn die Inanspruchnahme psychosozialer Beratungsstellen durch optimierte und vermehrte Informationen verbessert wird, sind diese Maßnahmen allein nicht in der Lage, das Gefühl von Hilf- und Machtlosigkeit zu beseitigen, das von vielen drogenabhängigen Menschen mit Migrationshintergrund angegeben wurde. Neben ausländerpolitischen Maßnahmen beeinflusst auch die oft als fremdenfeindlich erfahrene Stimmung in der Bevölkerung die Inanspruchnahme des Suchthilfesystems. Zudem wird sowohl im alten Ausländergesetz (AuslG) als auch in dem seit dem 1. Januar 2005 gültigen Zuwanderungsgesetz nicht zwischen hilfebedürftigen Suchtkranken und Dealern unter den Menschen mit Migrationshintergrund unterschieden. Wenn suchtkranke Menschen mit Migrationshintergrund infolge von Beschaffungskriminalität sich strafbar machen, kann es

zu aufenthaltsrechtlichen Konsequenzen bis hin zur Ausweisung kommen. In §53 AufenthG – Zwingende Ausweisung, Absatz 2 des Zuwanderungsgesetzes wird festgelegt, dass Ausländer ausgewiesen werden, wenn sie wegen vorsätzlicher Straftaten nach dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) „... rechtskräftig zu einer Jugendstrafe von mindestens zwei Jahren oder einer Freiheitsstrafe...“ ohne Bewährung verurteilt worden sind. In so einem Falle haben Jugendliche mit Migrationshintergrund keine Möglichkeit, eine Therapie zu beginnen oder eine Kostenzusage von dem entsprechenden Kostenträger zu erhalten. Eine Abschiebung ist dann besonders schwerwiegend, wenn die Betroffenen in Deutschland geboren wurden und das „Heimatland“ nur aus dem Urlaub kennen. Erst die Gleichbehandlung drogenabhängiger Jugendlicher mit Migrationshintergrund mit Abhängigkeits-erkrankten mit deutschem Pass könnte zu einer Entspannung führen [58]. Der Grundsatz „Therapie statt Strafe“ sollte auch für Jugendliche mit Migrationshintergrund gelten.

Fazit für die Praxis

Menschen mit Migrationshintergrund nehmen in Deutschland das Gesundheitssystem und speziell das Suchthilfesystem vermindert in Anspruch. Zugangsbarrieren könnten in kulturellen oder sozialen Gründen zu suchen sein. Zu den Zugangsbarrieren gehören Informationsdefizite, sprachliche und kulturelle Unterschiede, Macht- und Perspektivlosigkeit, zu denen Erfahrungen der Diskriminierung und des sozialen Ausschlusses ebenso beitragen wie Ängste um den Aufenthaltsstatus bei Drogenabhängigkeit. Stärker als sprachliche scheinen kulturelle Unterschiede im Verständnis psychischer Erkrankungen die Kommunikation mit professionellen Helfern und den Zugang zum Hilfesystem zu erschweren. Eine vergleichende bevölkerungsbasierte Testung der verschiedenen Ansätze zur interkulturellen Öffnung des Gesundheitssystems, auch im Vergleich zur verstärkten Einstellung muttersprachlicher Therapeuten, steht derzeit jedoch international und national noch aus [59]. Eine wichtige Ressource nach derzeitigem Wissensstand wäre die gezielte Ausbildung der Migrantenkinder der zweiten Generation, die durch die Kenntnisse mehrerer kultureller Räume über Lebensbewältigungsstrategien verfügen, die für eine adäquate psychosoziale Versorgung von Migranten und Migrantinnen wertvoll sein könnten. Zusätzlich ist spezifische Forschung dringend nötig, um die demografischen und epidemiologischen der Migranten und Migrantinnen getrennt nach Subgruppen besser zu verstehen und datenbasiert die gesundheitliche Versorgung an die Bedürfnisse und Notwendigkeiten anzupassen.

Literatur

- 1 Eurostat. Population_by_citizenship_en. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1090,30070682,1090_33076576&_dad=portal&_schema=PORTAL 8.02.2008
- 2 Eurostat. <http://epp.eurostat.cec.eu.int/portal/> 08.02.2006
- 3 World Health Organization. International Migration, Health & Human Rights. International Migration. Health & Human Rights. WHO reports, 2003; Issue No.4
- 4 Migration Information Source, Fresh thought, authoritative data, global reach. Glossary. www.migrationinformation.org/Glossary 10.01.2006
- 5 Gibney MJ, Hansen R. Immigration and Asylum: from 1900 to the present. 2005
- 6 Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Teilstatistik: „Ausländer- und Flüchtlingszahlen“. <http://www.bamf.de> 13.05.06
- 7 Walter U, Salzman R, Krauth C et al. Migranten gezielt erreichen: Zugangswege zur Optimierung der Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen. *Psychiatr Prax* 2007; 34 (7): 354 – 356
- 8 Die „zwölf Sonnenberger Leitlinien“. http://www99.mh-hannover.de/pressestelle/mitteilung2002/sonnenberger_leitlinien2.htm 30.01.2006
- 9 Kornischka J, Assion HJ, Ziegenbein M et al. Psychosoziale Belastungsfaktoren und psychische Erkrankungen bei Spätaussiedlern. *Psychiatr Prax* 2007, e-first DOI: 10.1055/s2007-971023
- 10 Klimt A. Transnationale Zugehörigkeit: Portugiesen in Hamburg. In Eder A (Hrsg): „Wir sind auch da!“ Über das Leben von und mit Migranten in europäischen Großstädten. Hamburg, München: Dölling und Galitz, 2003: 211 – 232
- 11 Lampert T, Ziese T. Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin: 2005
- 12 Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Lebenslagen in Deutschland – Der erste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung 2001. <http://www.bmas.bund.de/BMAS/Redaktion/Pdf/Publikationen/Armuts-und-Reichtumsbericht/lebenslagen-in-deutschland-armutsbericht1> 20.04.06
- 13 Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung 2005. <http://www.bmas.bund.de/BMAS/Redaktion/Pdf/Lebenslagen> 1.05.2006
- 14 Böker W. Psychiatrie der Gastarbeiter. In: Böker W (Hrsg): Soziale und angewandte Psychiatrie (Psychiatrie der Gegenwart), Vol. Band III. Berlin: Springer, 1975: 429 – 466
- 15 Lindert J, Brähler E, Mielck A et al. Psychische Gesundheit von Migranten – ein systematischer Review. In press
- 16 Claassen D, Ascoli M, Berhe T et al. Research on mental disorders and their care in immigrant populations: a review of publications from Germany, Italy and the UK. *Eur Psychiatry* 2005; 20: 540 – 549
- 17 Balkau F, Juckel G, Assion HJ. Migration als Belastungsfaktor einer schizoaffektiven Störung. *Psychiatr Prax* 2007; 34 (7): 354 – 356
- 18 Hernandez D, Charney E. From generation to generation: The Health and well-being of children in immigrant families. Washington: National Academy Press, 1998
- 19 Hoffmann K. Spätaussiedler und ihre Angehörigen als Patienten im Maßregelvollzug. *Psychiatr Prax* 2007; 34 (7): 320 – 324
- 20 Hegemann T. Interkulturelle Kompetenz in der psychosozialen Versorgung. LzZ NRW: Werkstatt Weiterbildung 2005. In: www.lzz-nrw.de/docs/WW2005/Hegemann.pdf 17.01.2006
- 21 Kassim N, Heinz A, Wohlfahrt E. Interkultureller Ansatz schafft neue Zugänge. Ein Jahr ethnopsychiatrische Ambulanz am Zentrum für Interkulturelle Psychiatrie, Psychotherapie und Supervision an der Charité Berlin, Campus Mitte. *Forum für Sozialpsychiatrie* 2004; 1: 18 – 20
- 22 Heise TH (Hrsg). Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland. Das transkulturelle Psychiatrieforum. Berlin: Wissenschaft und Bildung, 2002
- 23 Koch E. Die aktuelle Lage von Minoritäten im psychiatrischen und psychosozialen Versorgungssystem Deutschlands. In: Koch E, Schepker R, Taneli S (Hrsg): Psychosoziale Versorgung in der Migrationsgesellschaft – Deutsch-türkische Perspektiven. Freiburg: Lambertus, 2000: 55 – 67
- 24 Grube M. Evaluation eines Verbundprojektes zur Behandlung psychisch erkrankter türkischer Migranten. *Psychiatr Prax* 2001; 28: 81 – 83
- 25 Erim-Frodermann Y, Lichtblau K, Senf W. Veränderungen in der einheimischen Institution nach Implementierung von muttersprachlicher Therapie. In: Strauss B, Geyer M (Hrsg): Psychotherapie in Zeiten der Veränderung. Opladen: Westdeutscher Verlag, 2000: 172 – 181
- 26 Schmeling-Kludas C, Boll-Klatta A, Froeschlin R. Türkischsprachiges stationäres psychosomatisches Heilverfahren. In: Koch E, Schepker R, Taneli S (Hrsg): Psychosoziale Versorgung in der Migrationsgesellschaft. Freiburg: Lambertus, 2000: 80 – 92
- 27 Koch E. Die aktuelle Lage von Minoritäten im psychiatrischen und psychosozialen Versorgungssystem Deutschlands. In: Koch E, Schepker R, Taneli S (Hrsg): Psychosoziale Versorgung in der Migrationsgesellschaft – deutsch-türkische Perspektiven. Freiburg: Lambertus, 2000: 55 – 67
- 28 Leidinger F. Klinikstatistiken. Landschaftsverband Rheinland. Werkstattgespräch Psychiatrische Versorgung von Migranten und Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: Dokumentation der Ver-

- anstellung am 1. April 2003 im Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie in Düsseldorf, 2004
- 29 *Bollini P, Siem H.* No real progress towards equity: Health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000. *Social Science & Medicine* 2000; 41: 819–828
 - 30 *Grube M.* Evaluation eines Verbundprojektes zur Behandlung psychisch erkrankter türkischer Migranten. *Psychiat Prax* 2001; 28: 81–83
 - 31 *Brucks U.* Wahl (WB) Über-, Unter-, Fehlversorgung? Bedarfslücken und Strukturprobleme in der ambulanten Gesundheitsversorgung für Migrantinnen und Migranten. In: Borde T, David M (Hrsg): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt am Main: Mabuse, 2003: 15–34
 - 32 *Borde T, Braun T, David M.* Gibt es Besonderheiten bei der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch Migrantinnen und Migranten? In: Borde T, David M (Hrsg): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheitswesen und Sozialwesen. Frankfurt am Main: Prisma, 2003: 105–115
 - 33 *Gaitanides S.* Zugangsbarrieren von Migrantinnen zu den sozialen und psychosozialen Diensten und Strategien interkultureller Öffnung. In: Auerheimer G (Hrsg): Migration als Herausforderung für pädagogische Institutionen. Opladen: 2001: 181–194
 - 34 *Aranda MP, Knight BG.* The influence of ethnicity and culture on the caregiver stress and coping process: A sociocultural review and analysis. *Gerontol* 1997; 37: 342–354
 - 35 *Cross T, Bazron BJ, Dennis KW, Isaacs MR.* Towards a culturally competent system of care. Vol 1: Monograph on effective series for minority children who are severely emotionally disturbed. Washington (DC): CASSP Technical Assistance Center, Georgetown University Child Development Center, 1989
 - 36 *Kleinman A.* How is culture important for DSM-IV? In: Mezzich JE, Kleinman A, Fabrega H, Parron DL: Culture and psychiatric diagnosis – a DSM-IV perspective. Washington DC: American Psychiatric Press, 1996
 - 37 *Tseng W.* Clinicians guide to cultural psychiatry. Amsterdam, Boston, London: Academic Press, 2003
 - 38 *Brucks U, Salisch E, Wahl W.* Soziale Lage und ärztliche Sprechstunde. Deutsche und ausländische Patientinnen in der ambulanten Versorgung. Hamburg: EBV-Rissen, 1987
 - 39 *Habermann M.* Pflege bedürftig in der Fremde? Zur Theorie und Praxis der interkulturellen Pflege. In: David M, Borde T, Kentenich H (Hrsg): Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt am Main: Mabuse, 1999: 153–165
 - 40 *Voigt G, Praez-Johnson H.* Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus – Zur Verständigung zwischen Pflegenden und MigrantinnenpatientInnen am Beispiel von Angehörigen. *Pflege & Gesellschaft* 2001; 2: 45–50
 - 41 *Dreißig V.* Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus. Eine Studie zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patienten mit Migrationshintergrund. Bielefeld: Transcript, 2005: 115
 - 42 *Brucks U.* Der blinde Fleck der medizinischen Versorgung in Deutschland – Migration und psychische Erkrankung. *Psychoneuro* 2004; 30: 228–231
 - 43 *Philippi R.* Drogenkriminalität und Gefährdungspotential. In: Kommunale Ausländerinnen- und Ausländervertretung (KAV) der Stadt Frankfurt am Main (Hrsg): Drogen und Migration. Dokumentation der Anhörung am 4. März 1996 zur Situation drogenabhängiger und -gefährdeter junger Menschen ausländischer Herkunft in Frankfurt am Main. Bonn: Forum, 1996: 67–72
 - 44 *Gaitanides S.* Zugangsbarrieren von Migranten zu den Drogendienssten. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg): Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft. Freiburg i.Br.: Lambertus, 1998: 62–76
 - 45 *Haasen C, Toprak MA, Yagdiran O, Kleinemeier E.* Psychosoziale Aspekte der Sucht bei Migranten. In: Suchttherapie. Prävention, Behandlung, wissenschaftliche Grundlagen 2001; 2: 161–166
 - 46 *Salman R, Tuna S, Lessing A (Hrsg):* Handbuch Interkultureller Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie. Gießen: Psychosozial-Verlag, 1999: 11–28
 - 47 *Haasen C, Toprak MA, Yagdiran O, Kleinemeier E.* Psychosoziale Aspekte der Sucht bei Migranten. Suchttherapie, Prävention, Behandlung, wissenschaftliche Grundlagen 2001; 2: 161–166
 - 48 *Schepker R, Eberding A, Toker M.* Familiäre Bewältigungsstrategien. Abschlussbericht FABER, 24.08.2005: 1–228
 - 49 *Penka S.* Migration und Sucht – Notwendigkeit einer „Interkulturellen Suchthilfe“? Leipziger Universitätsverlag, 2004
 - 50 *Krieg S, Penka S, Wohlfart E et al.* Esstörungen und Suchtprobleme bei Migranten – Versagen des Versorgungssystems? Rundbrief der Deutsch-Türkischen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit e.V. 2002; 2: 28–32
 - 51 *Kleinman A (ed).* Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press, 1980
 - 52 *Penka S, Krieg S, Hunner C, Heinz A.* Unterschiedliche Erklärungsmodelle für abhängiges Verhalten bei türkischen und deutschen Jugendlichen – Bedeutung für Prävention und Behandlungsangebote. *Nervenarzt* 2003; 74 (7): 581–586
 - 53 *Bernard HR (ed).* Research Methods in Anthropology. Qualitative and quantitative approaches. London: Altamira Press, 1995
 - 54 *Borgatti SP.* Anthropic 4.0. Methods Guide. Columbia: Analytic Technologies, 1992
 - 55 *Penka S, Krieg S, Wohlfart E et al.* Suchtprobleme bei Migranten – Gemeinsamkeiten und Unterschiede. *Psychoneuro* 2004; 30: 401–404
 - 56 *Schmidt B, Alte-Teigeler A, Hurrelmann K.* Soziale Bedingungsfaktoren von Drogenkonsum und Drogenmissbrauch. In: Gastpar M, Mann K, Rommelspacher H (Hrsg): Lehrbuch der Suchterkrankungen. Stuttgart: Thieme, 2000: 50–69
 - 57 *Schouler-Ocak M.* Besonderheiten in der psychiatrischen Versorgung von MigrantInnen. In: Borde T, David M (Hrsg): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt am Main: Mabuse, 2003: 153–166
 - 58 *Grüsser SM, Wolfing K, Morsen CP et al.* Drogenabhängigkeit und Migration innerhalb der Europäischen Union (EU). In: Gölz J (Hrsg): Moderne Suchtmedizin. Stuttgart: Thieme, 1999: 1–5
 - 59 *Minas H.* Service Responses to cultural diversity. In: Thornicraft G, Szmukler G (eds): Textbook of Community Psychiatry. Oxford, New York: Oxford University Press, 2001: 192–206