Technische Universität Braunschweig

Psychisch krank durch Migration?

Wolfgang Schulz

Vortrag auf dem Forum interkulturelle Psychiatrie Frankfurt am Main, Klinik Hohe Mark, 24. November 2017

Gliederung

- **Einführung**
  - Historische Migrationsforschung
  - relevante Literatur und wissenschaftliche Studien
  - Wer ist eigentlich eine Migrantin/ein Migrant?
- **Sind Migranten häufiger psychisch krank?**
  - Ergebnisse repräsentativer deutscher Studien (Erwachsene)
  - Ergebnisse eigener Studien (Kinder/Jugendliche, Mütter)
  - Übersicht über Studien zur Situation von Kindern und Jugendlichen
  - ausgewählte Störungen im Zusammenhang mit Migration
  - Fazit und methodische Probleme
- **Risikofaktor Migration?**
  - Theorien
  - Risikofaktoren
  - Verlaufsbetrachtung
- **Schlussfolgerungen**

Einführung

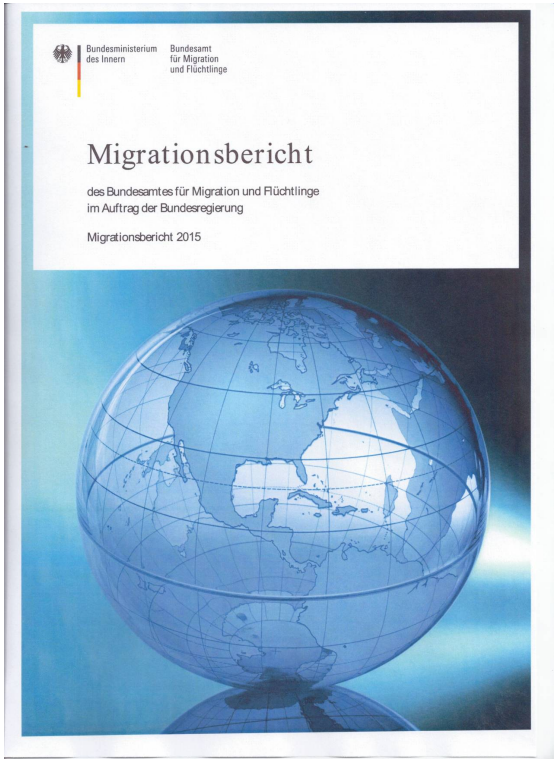
- Bevölkerungswachstum und demographischer Wandel, Globalisierung, Urbanisierung, Digitalisierung und Klimawandel
  → **Anstieg der internationalen Migrationsbewegungen** (absolut: 230 Mio. vs. relativ 3 %, OECD, UNDESA, 2013)
- Migration → weltweit eine der größten gesellschaftlichen Herausforderungen der nächsten Jahrzehnte
- Blick verengt auf Flüchtlinge und Asylbewerber und den Folgen der Gewährung von Schutz und Asyl
  - **in Europa nur ein kleiner Teil der Migrationsbewegungen**
  - **Historische Migrationsforschung** (Oltmer, 2017)
    - "Den ‚Homo migrans' gibt es, seit es den ‚Homo sapiens' gibt" (Bade, 2000)
    - räumliche Wanderungen: zentrales Element der Anpassung an veränderte Umweltbedingungen und gesellschaftl Wandel
    - Flucht der Hugenotten aus Frankreich (1685)
    - Massenabwanderung aus Deutschland und Europa nach Südosteuropa (‚Schwabenzüge'), Südrussland (‚Wolgadeutsche') und Nordamerika (18./19. Jh.)
    - Kolonialismus (1880 – 1914), z.B. Argentinien, Sibirien, Mandschurei, Südafrika
    - Flucht, Vertreibung und Deportation im 20. Jh.: 1. Weltkrieg, russische Revolution, 2. Weltkrieg
    - Ost-West-Wanderung nach 1989, Flüchtlingskrise in Deutschland und Europa (ab 2015)

DANIEL DEFOE
KURZE GESCHICHTE DER PFÄLZISCHEN FLÜCHTLINGE
1709
dtv

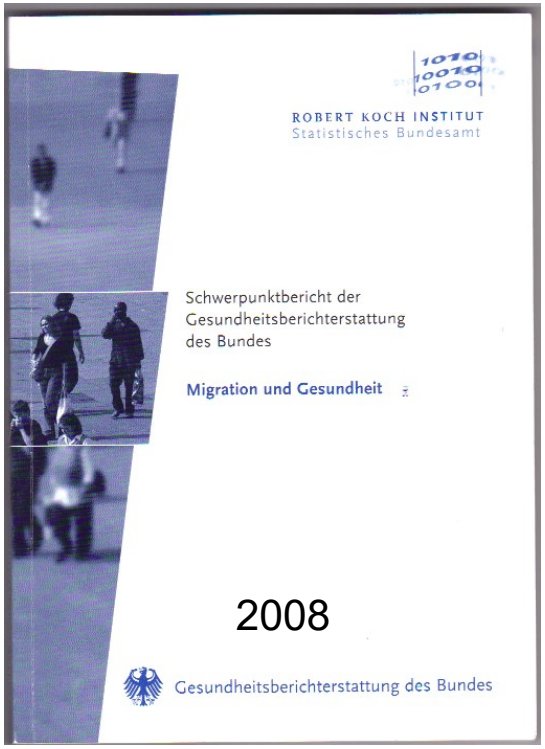
Einführung

- zwei Positionen der Migrationsforschung
  - **Integration und Teilhabe** (z.B. Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen, 2016)
  - Entwicklung einer **postmigrantische Gesellschaft**: Multikulturalismus, Anerkennung von Differenz und Diversifikation (Neuhold & Scheibelhofer, 2010; Terkessisdis, 2009)
- jenseits ideologischer und moralischer Standpunkte ist empirische Forschung von Nöten!

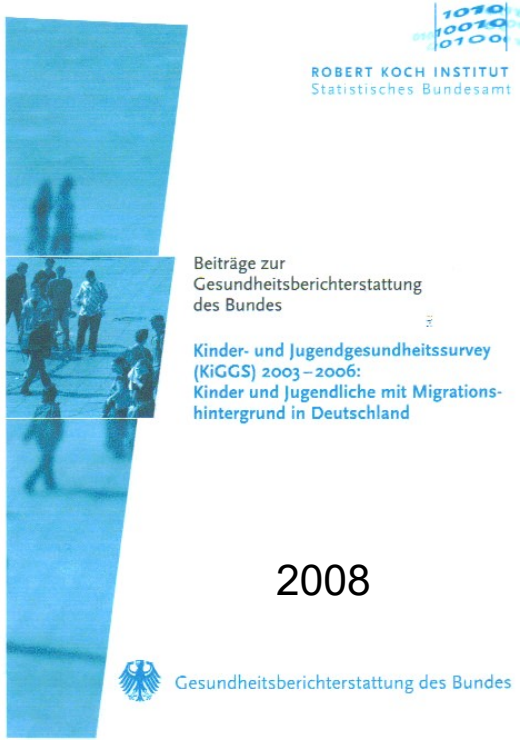
Welche relevante Literatur gibt es?



jährliche Migrationsberichte (2004 – 2015)

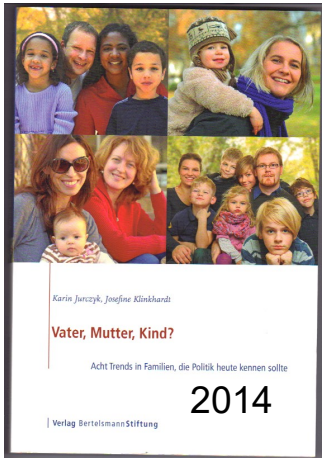


Erwachsene

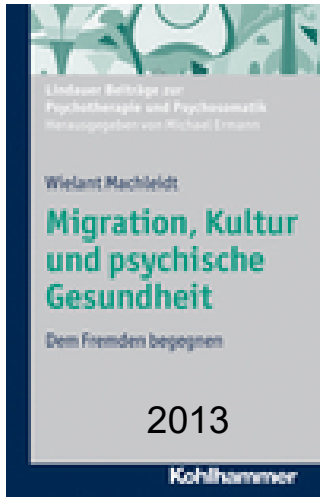


Kinder/Jugendliche →

Welche relevante Literatur gibt es?



Bücher zum Thema „Migration und Gesundheit“:
Amazon: 221 Ergebnisse
(psychische Gesundheit: 18)



Stellungnahmen von Verbänden, Ministerien usf., z.B. DGPPN 2012, Sonnenberger Leitlinien 2002

→ sehr soziologisch orientiert, Wissen über die gesundheitliche Situation und über die psychischen Belastungen vgw. gering → keine systematische und kontinuierliche empirische Forschung, Familien/Kinder kommen zunehmend ins Blickfeld

Wissenschaftliche Studien

Ergebnisse einer Recherche in **Pubmed**	Metaanalysen
(migrant OR immigrant) AND	
• mental disorder, epidemiology = **2.120** (1.548)*	19 (10)*
• mental disorder, epidemiology, germany = **177** (124)*	2 (1)*
• mental disorder, risk factor = **855** (628)*	13 (7)*
• mental disorder, risk factor, germany = **62** (39)*	1 (0)*

* in Klammer Jan. 2014

Wer ist eigentlich eine Migrantin/ein Migrant?

- **Definition: Menschen mit Migrationshintergrund (MH)**
  - selbst eingewandert oder
  - mit Migrationserfahrung in der Herkunftsfamilie (mind. ein Elternteil), ein- und beidseitig
- Definition: Menschen, die entweder „selbst oder mindestens ein Elternteil die deutsche Staatangehörigkeit nicht durch Geburt (besitzen)“ (Statistische Bundesamt, 2016)
- Definitionsmerkmale: Geburtsort, Staatsangehörigkeit
- mit eigener Migrationserfahrung (1. Generation)
- **Flüchtlinge** fallen nicht unter die Gruppe der Migranten → bis zum Abschluss des Asylverfahren werden die Antragssteller „Asylbewerber“ genannt und werden gesondert erfasst (BMZ, 2015)
- „Migrant/in“ – ein sehr dynamisches Merkmal (1., 2. 3., usf. Generation)
- **enorme Vielfalt**: kommen u.a. aus verschiedenen Herkunftsländern, migrieren aus unterschiedlichen Gründen, verlassen ihre Herkunftsländer nicht immer freiwillig und sind in unterschiedlichem Ausmaß integriert; Frauen und Männer, Junge und Alte, Arme und Reiche, Menschen mit einseitigem und mit beidseitigem MH
  → Forschung muss dem Rechnung tragen.

aktuelle Daten (Migrationsbericht, 2015)

Bevölkerung insgesamt	81.4 Mio.	100,0 %
Menschen mit Migrationshintergrund	17.1 Mio.	21,0 %
mit eigener Migrationserfahrung	11.5 Mio.	14,1 %
ohne eigene Migrationserfahrung	5.7 Mio.	7,0 %
Kinder unter 15 Jahren	mit MH: 21,4%	ohne MH: 10,8%
87,7% der Kinder mit MH sind in Deutschland geboren* 34,3 % der Kinder unter 15 Jahren haben einen MH*, je jünger desto höher der prozentuale Anteil * eigene Berechnungen		
Familien: 8.1 Mio. in Dtld, davon 2.4 Mio. mit MH (29,9%), 17,0% beide Eltern MH, 12,9% ein Elternteil MH (Daten von 2012)		

Der Anteil an Kinder und Familien mit MH wird in den nächsten Jahren weiter wachsen. Diese Kinder sind längst keine Randgruppe mehr, sondern ein wesentlicher Teil unserer Gesellschaft.

Sind Migranten häufiger psychisch krank?

„Sind Migranten häufiger von psychischen Störungen betroffen“

(Glaesmer u.a., 2009)

repräsentative Befragung, 2007, N=2.432, Meinungsforschungsinstitut, Face-to-face-Befragung, 4-Wochen-Prävalenz, Vergleich: mit vs. ohne MH, ohne illegale Migranten und Asylsuchende

		Vergleichs-Stichprobe* N=271	mit MH N=271	p
Depressive Beschwerden	Major Depression	2,2 %	**2,6 %**	n.s.
	PHQ-9	2,39	2,38	n.s.
Somatoforme Beschwerden	Som. Syndrom	4,1 %	**4,8 %**	n.s.
	PHQ-15	3,17	3,27	n.s.
Angst-störungen	Generalisierte Angststörung	0,4 %	**1,9 %**	n.s.
	PHQ-D	5,44	5,36	n.s.
PTSD	PTSD	5,5 %	5,2 %	n.s.
	PTSD-Score	1,88	**2,39**	n.s.
mind. 1 traumat. Ereignisse**		22,4 %**	33,6 %	p<.01

keine Belege für eine defizit-orientierte Sichtweise!

*nach Alter und Geschlecht, ** insbes. Kriegshandlung, Vertreibung, körperliche Gewalt, Zeuge eines Traumas, ** N=2.161

Bundesgesundheitssurvey, Zusatz „Psychische Störungen“

(Bermejo u.a., 2008, 2009, 2010)

repräsentative Befragung, 1998/99, klinische Interview, 4-Wochen-, 12-Monats- und Lebenszeitprävalenz, Vergleich: ausl. Migranten 1. Generation und Deutsche ohne MH

12-Monatsprävalenz in %	Deutsche N=3.704 in %	Migranten N=143 in %	OR	OR_{adj}
irgendeine psychische Störung	30,3	**38,8**	1,4*	1,3
psych. Störungen aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors	1,3	1,5	1,2	0,4
mögliche psychotische Störungen	2,5	2,3	0,9	0,8
substanzbezogene Störungen	4,7	3,8	0,7	0,5
Affektive Störungen	11,3	**17,9**	1,7*	1,7*
Angststörungen	14,3	13,2	0,9	0,8
Somatoforme Störungen	10,3	**19,9**	2,1***	2,0**
Essstörungen	0,4	0,6	1,8	1,5

* p<.05
** p<.01
*** p<.001

nach Adjustierung nach Alter, Geschlecht und sozialer Schicht signifikante Unterschiede bei affektiven und somatoformen Störungen → **migrationsspezifische Belastungen**

Häufigkeit psychischer Störungen bei polnischen Migrantinnen (Schimanski, 2014; Schimanski & Schulz, 2013)

		in Polen lebende Polinnen N=92	polnische Migrantinnen N=114	deutsche Frauen N=83	Ergebnis
Depressive Symptomatik	Gesamtwert BDI-II	**.48**	.43	.32	.004**
Self Silencing (Selbst-unter-drückung)	Indifferenz der eigenen Bedürfnisse und Erwartung	**2,30**	2,19	2,18	n.s.
	emotionale Abhängigkeit vom Partner	**2,42**	2,20	2,31	.04*
Lebens-zufriedenheit	Gesamtwert SWLS	**4,02**	4,37	5,03	.000***

* p<.05
** p<.01
*** p<.001

Zusammenfassung: In Polen lebende Frauen haben die höchsten Belastungs-werte, die deutschen Frauen die geringsten und die polnischen Migrantinnen liegen in der Mitte.

Häufigkeit psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen und deren Eltern (Zukunft Familie III)*

- Längsschnittsstudie mit einem 10 Jahres-Follow-up
- Prä: Kindergartenalter, FU5: 13 bis 16 Jahre alt
- Prä: N=477, FU5: N=361 (Rücklauf 75,7%), mit MH 19,4%
- Fragebögen und Interview mit Kindern und Eltern
- Elterntraining (Triple P)
  - Grundlagen positiver Erziehung, mögliche Ursachen von Problemverhalten, Erziehungsstrategien zur Förderung der kindlichen Entwicklung, Erziehungsstrategien zum Umgang mit Problemverhalten
- Vergleich: mit vs. ohne MH

*Schulz, W., Bothe, T. & Hahlweg, K. (im Druck). Prävention psychischer Probleme und Verhaltensauffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund und deren Müttern – Ergebnisse eines 10-Jahres-Follow-up. *Verhaltenstherapie.*

Häufigkeit psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen und deren Eltern (Zukunft Familie III)

Kinder/ Jugendliche/ Mütter		mit MH	ohne MH	d
Prä	Internalisierende Störungen CBCL	.17	-.10	.28*
	Externalisierende Störungen CBCL	.17	-.09	.27*
	Körperliche Bestrafung	.07	-.14	.23
	Psychische Belastung (Mutter) DASS	26.9	24.2	.15
	Erziehungsstil (EFB)	3.4	3.2	.20
FU5 10 Jahres Katamnese	Internalisierende Störungen CBCL	.22	-.05	.27
	Externalisierende Störungen CBCL	.06	-.01	.08
	Körperliche Bestrafung	.13	-.03	.17
	Psychische Belastung (Mutter) DASS	20.1	21.2	-.06
	Erziehungsstil (EFB)	3.1	3.0	.17

Vergleich ein- vs. beidseitigem MH: Unterschiede mit kleinen bzw. mittleren Effekten zu Ungunsten der Migranten mit beidseitigem MH

Häufigkeit psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen und deren Eltern (Zukunft Familie III)

Jugendliche (FU5)	mit MH	ohne MH	d
Riskantes Sexualverhalten	2.32	2.97	-.27*
Regelmäßiger Alkholkonsum	30,5 %	40,8%	.17
Problematischer Alkoholkonsum	4.2	3.7	.16
Internetabhängigkeit (CIUS)	28.2	27.0	.13
Computerspielabhängigkeit (KFN-CSAS II)	19.6	17.8	.36
Social Networking (Dauer)	223	152	.34
Medienkonsum (Dauer)	329	327	.01
Viktimisierung (BVQ)	12.7	13.2	-.13
Verbale Aggression (BVQ)	6.6	6.4	.10
Körperliche Gewalt (BVQ)	9.9	9.6	.14
Body-Mass-Index (BMI)	21.2	20.9	.06
Essstörumg (SCOFF)	9.4	9.6	-.30*
Schulleistung	9.0	8.6	.18

Vergleich ein- vs. beidseitigem MH: Unterschiede mit kleinen bzw. mittleren Effekten zu Ungunsten der Migranten mit beidseitigem MH

Effekte des Elterntrainings (Triple P) bei Migranten (Zukunft Familie III)

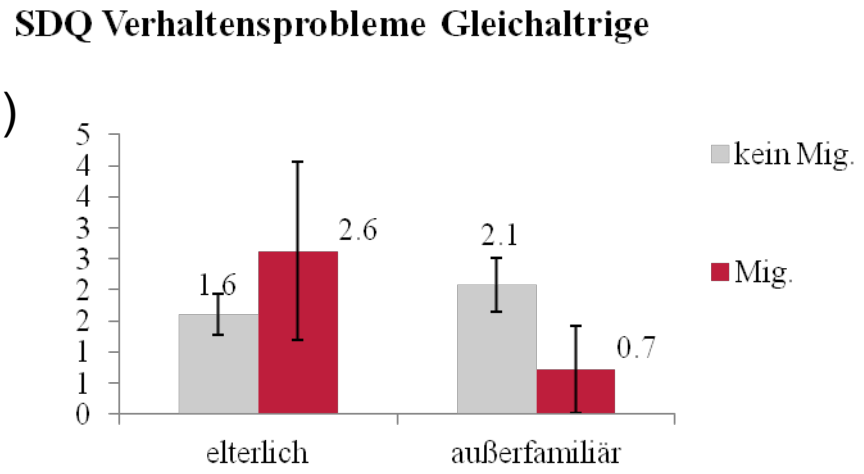
- Erfolgsmaße: Veränderungen von „internalisierende Störungen“, „externalisierende Störungen“, „körperlicher Bestrafung“, „psychische Belastung der Mutter“ und „Erziehungsstil“
- **Ergebnis:**
  - Gruppe der Triple P-Teilnehmer (T+) Verbesserung bei den Migranten im Vergleich zu den Nichtmigranten in den Merkmalen „Externalisierende Störungen“ und „psychische Belastung der Mutter“ mit kleinen Effekten (d=.35 bzw. d=.38).
  - im Gegensatz dazu in der Gruppe der Nichtteilnehmer (T-) genau den umgekehrten Effekt: Verschlechterung der Migranten im Vergleich zu den Nichtmigranten in den Merkmalen „internalisierende Störungen“ und „psychische Belastung der Mutter“ im Vergleich zu den Nichtmigranten verschlechtert (d=.56 bzw. d=.48)
- Überspitzt formuliert: Migranten profitieren von einer Teilnahme etwas mehr als Nichtmigranten und bei einer Nichtteilnahme sind die negativen Veränderungen bei den Migranten deutlich ausgeprägter

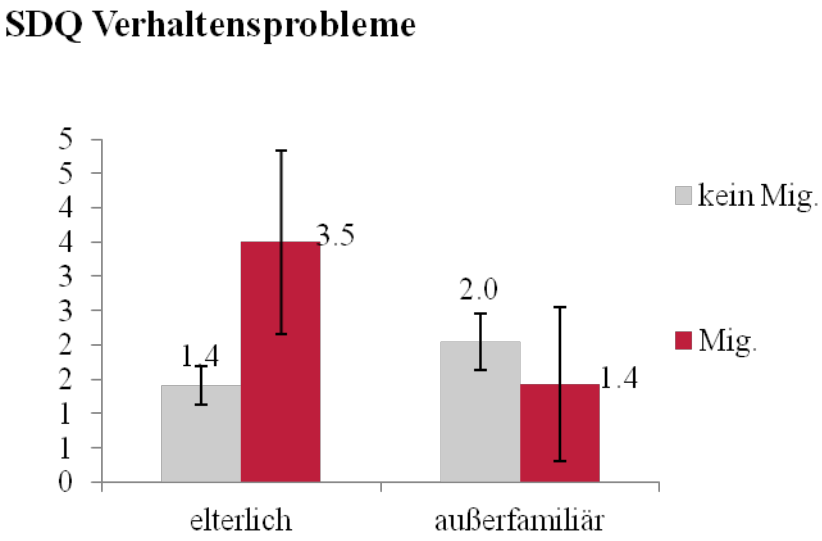
Effekte frühkindlicher außerfamiliäre Betreuung (ZF III)

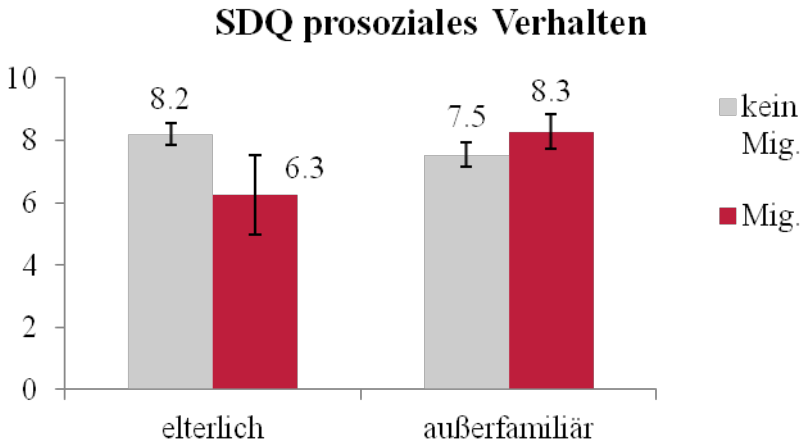
Tagespflege oder institutionell betreut vs. elterliche Betreuung, im Alter von 0 bis 3 Jahren - Moderation MH

Signifikante Interaktionen (p<.01) bei:

- Verhaltensprobleme Gleichaltrige (SDQ)
- Verhaltensprobleme (SDQ)
- Prosoziales Verhalten (SDQ)







Überspitzt formuliert: Kinder mit MH profitieren von früher außerfamiliärer Betreuung im Gegensatz zu Kinder ohne MH, bei denen sich im Vergleich zu früher elterlicher Betreuung deutlich ungünstige Werte zeigen

Zusammenfassung: Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit MH

- Überblick über den **internationalen** Forschungsstand: Stevens & Vollbergh (2008), 20 Studien:
  - Ergebnisse sind uneinheitlich, sehr heterogene Gruppe
  - Schlussfolgerung: ein erhöhtes Risiko für psychische Probleme lässt sich nicht eindeutig nachweisen
- Überblick über den **europäischen** Forschungsstand: Kouider et al. (2014), 36 Studien:
  - Ergebnis: weniger Migration, sondern andere Faktoren sind für die psychischen Probleme von Kindern und Jugendlichen verantwortlich
  - eventuell größeres Risiko für internalisierende Probleme, nicht aber für externalisie-rende Auffälligkeiten, Kinder und Jugendliche der 1. Generation häufiger betroffen
  - Risikofaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern mit MH: geringer sozioökonomischer Status, nicht europäische Herkunft, ungewisse kulturelle Identität der Eltern, strenge mütterliche Erziehung, schlechte berufliche Situation der Eltern, Minderheitenstatus, jüngeres Alter, Geschlechtseffekte und spezifische kulturell geprägte Vorstellungen von Krankheit
- keine repräsentativen Bevölkerungsstudien, sondern nur selektive Stichproben
- Ausnahme Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KIGGS) des RKI (2008)
  - Kinder mit beidseitigem MH wiesen mit 9,8% einen fast anderthalbmal höheren Anteil an psychischen Auffälligkeiten auf als Kinder ohne oder mit einseitigem MH (6,7%), wobei für den Unterschied vermutlich der niedrigere soziale Status der Migranten eine wichtige Rolle spielt
  - der Grad der Integration scheint sich positiv auf das psychische Wohlbefinden auszuwirken.

Zusammenfassung: Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit MH

- Lersner et al. (2015): Vergleich Jugendliche mit türkischem und deutschem Hintergrund
  - hinsichtlich internalisierender und externalisierender Symptome unter Berücksichtigung des sozioökonomischen Status, dem Akkulturations-stress und der wahrgenommenen Diskriminierung
  - Ergebnisse: keine wesentlichen Unterschiede zwischen den beiden Gruppen, in einer Studien gab es Hinweise auf höhere internalisierende Werte bei den Jugendlichen mit türkischem Hintergrund
  - das **Diskriminierungserleben** stellt einen signifikanten Einflussfaktor dar, der sozioökonomische Status hingegen nicht
- Das-Munshi et al. (2011): eine **Verschlechterung der sozialen Position der Eltern** geht häufig mit psychischen Störungen einher.
- Jurczyk & Klinikhardt (2014), Diehl et al. (2016): Migration an sich scheint keine „Erkrankungsursache“ zu sein, sondern die oft mit der Migration verbundenen **sozioökonomischen und kulturellen Schwierigkeiten**, die im Einwanderungsland zum Nachteil der Eingewanderten wirken: beide Elternteile keinen Schulabschluss, Schulbildung geringer, seltener einen beruflichen Abschluss, beide Elternteile erwerbslos 15% vs. 8%), häufiger auf staatliche Transferleistungen (17% vs. 8%), Mütter sind seltener berufstätig, Armutsgefährdungsquote (27,7% vs. 12,5%), ungünstigen Wohnsituation
- trotz schwacher sozialer Stellung gibt es Hinweise, dass Familien mit MH in der Lage sind, ein **sicheres soziales Netz** für ihre Kinder zu gewährleisten
- Pfeiffer et al. (1999), Wissow (2001): Häufigkeit **körperlicher Bestrafung** bei Familien mit MH höher ist als bei Familien ohne MH

Ausgewählte Störungen im Zusammenhang mit Migration 1

- **Affektive Störungen**
  - leicht erhöhte Raten (insb. bipolare Störungen, Swinnen & Selten, 2007), gehäuft Risikofaktoren (z.B. kritische Lebensereignisse), erhöhte Rate bei Älteren, Assimilation (del Pozo, Behrens, Schulz & Graef-Callies, 2014)
- **Suizidalität**
  - insgesamt geringere Raten, entsprechen den Raten im Herkunftsland (Voracek & Loibl, 2008), erhöhte Raten bei türkischen Mädchen (10 – 17 Jahren, RR=1,8), eventuell erhöhte Raten bei zunehmender Aufenthaltsdauer, Alter bei Migration (bis 4 Jahre)
- **Schizophrenie/Psychosen**
  - deutlich erhöhtes Risiko 1. Generation: RR=2,7, 2. Generation: RR=4,5 (Cantor-Grae & Selten, 2005; Borque u.a., 2011: 1. Generation: RR=2,3, 2. Generation: RR=2,1), erhöhte Rate für Migrantengruppen aus der Karibik, Suriname, Ost-Afrika, Marokko, größerer Anteil an Menschen mit dunklen Hautfarben
- **Psychosomatische Beschwerden**
  - in nicht-westlichen und mediteranen Kulturen häufig Ausdruck depressiver Verstimmung, verstärkte Tendenz zur Präsentation somatischer Symptome

Ausgewählte Störungen im Zusammenhang mit Migration 2

- **Posttraumatische Belastungsstörungen**
  - gehäuft bei Asylbewerbern und Flüchtlingen
  - Asylbewerber in Australien: 37,0% (Silove et al., 1997)
  - Sudanesische Flüchtlinge in Uganda und kambodschanische Flüchtlinge an der thailändischen Grenze: 32 – 37%, bosnische und albanische Flüchtlinge in Kroatien und Serbien-Monenegro: 17 – 36%, bosnische Flüchtlinge in Schweden: 18 – 33% (nach Gäbel u.a., 2005).
- **Suchtmittelmissbrauch und Suchterkrankungen**
  - Suchterkrankungen gehäuft bei Migranten aus der ehemaligen UdSSR
  - Alkoholkonsum abhängig von der Religionszugehörigkeit (deutlich geringer bei muslimischen Jugendlichen)
  - Erhöhte Prävalenz von Drogentoten bei Migranten
  - Erhöhte Prävalenz von pathologischem Glücksspiel

Fazit 1

- bisher **sehr wenige Studien**, kaum repräsentative Studien, Ausnahme RKI, aber keine psych. Erkrankungen, höchstens Risikofaktoren (Übergewicht, Rauchen, Alkohol), BELLA-Studie (2007) wurde auf eine Differenzierung nach dem Migrations-status verzichtet

- extrem **heterogene** Gruppe, mit sehr unterschiedlichen Migrationsbiographien:
  - kulturell, ethnisch, religiös, sozial
  - mit vs. ohne eigener Migrationserfahrung, Migranten der 2. und 3. Generation; sozial gut integrierte Migranten und schlecht integrierte Migranten mit mangelnden Sprachkenntnissen, Männer und Frauen, Alte und Junge, Asylsuchende und illegale Migranten, unterschiedliche Migrationsgründe

Fazit 2

- Prävalenzraten psychischer Störungen sind bei Migranten genauso hoch, **vermutlich etwas höher** als bei Einheimischen
  - erhöhte Raten: Depression und PTSB, eventuell auch bei Psychosen
  - überrepräsentiert in der Forensik und in den geschlossenen Bereichen der Psychiatrie
  - der soziale Status ist in allen Gruppen ein wesentlicher Einflussfaktor
  - erhöhte Raten bei Asylsuchenden, Flüchtlingen und illegalen Migranten
  - deutliche Unterschiede in Abhängigkeit von Herkunftsland, Alter, Geschlecht, Sozialstatus und Aufenthaltsdauer bzw. Einwanderergeneration konstatieren

Methodische Probleme

- unterschiedliche Definitionen der **Zielgruppe**
- **Repräsentativität** der Stichproben
  - repräsentative Studien vs. Inanspruchnahmepopulationen
  - bestimmte Migrantengruppen (z.B. türkisch- oder russischsprachig)
  - selektive Ausfälle durch geringere Erreichbarkeit, geringere Teilnahmebereitschaft und mangelnde Sprachkenntnisse (18%) → einbezogen werden oft gut integrierte Migranten
  - Rückkehr-, Pendel- und Weitermigration
- **Vergleichsgruppe**: Herkunftsgesellschaft oder Aufnahme-gesellschaft oder beides?
- unterschiedliche Auffassungen von der Entstehung von Krankheiten, **Symtompräsentationen** und Behandlungs-erwartungen
- nicht abgesicherte Äquivalenz der Messinstrumente (Validität)

Risikofaktor Migration?

Risikofaktor Migration? Theorien

1. **Selektionstheorie**
   - Menschen mit erhöhter Vulnerabilität wandern aus → Migrationserfahrung → psychische Störung
   - „healthy migrant effect“: vor allem gesunde, jüngere und gut ausgebildete Menschen wandern aus
     - nur ein vorübergehender Effekt?
     - Brain-Drain (Abfluss von Humankapital)
2. **Armut und soziale Ungleichheit – „Armut macht krank“**

   gesundheitliche Risiken als Folge sozialer Benachteiligung, höhere Morbiditäts- und Mortalitätsraten
   - Menschen mit MH sind stärker von Armut und sozialer Ungleichheit betroffen als Deutsche: höhere Erwerbslosenrate, stärkere Inanspruchnahme von Sozialhilfeleistungen → aber bei gleichem sozioökonomischen Status haben Migranten einen immer noch etwas schlechteren Gesundheitszustand als Deutsche
   - Warum sind Migranten stärker vom Armut und sozialer Ungleichheit betroffen? geringeres Bildungsniveau, keine/abgebrochene Berufsausbildung, fehlende Sprachkenntnisse, beruflicher Abstieg, unzureichende Arbeits- und Wohnbedingungen (Schichtarbeit, körperliche Arbeit)
   - Migration kann aber auch zu einer im Vergleich zum Herkunftsland Verbesserung der sozialen Situation führen

Risikofaktor Migration? Theorien

3. **Migrations-Stress-Theorie (**Vulnerabilitäts-Stress-Modell)
   - Vulnerabilität + Stress → psychische Erkrankung (Sympotombildung, Ausbruch einer Erkrankung)
   - „Schwelle“ wird durch Risiko-/Schutzfaktoren beeinflusst
   - Migration als **kritisches Lebensereignis** (= Stress)
   - in Abhängigkeit von den individuellen Ressourcen und der Lebenssituation kann Migration sowohl positive als auch negative Folgen haben
   - Migration kann auch konstruktiv bewältigt werden → Entwicklung

     von förderlichen Bewältigungsstilen
   - „**Akkulturations-Stress-Modell** (Berry, 1992)
4. Weitere Theorien (eher Faktoren)
   - individuelle **gesundheitsriskante Verhaltensweisen**: Essgewohnheiten, körperliche Aktivität, Alkohol- und Zigarettenkonsum
   - **Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung**, rechtliche Bedingungen

Risikofaktor Migration? Theorien

Akkulturations-Stress-Modell (Berry, 1992)

Integration → seelischer Gesundheit : Goldstandard der Akkulturation (Miller et al., 2006; Ayer et al., 2009)

Akkulturations-Stress-Modell

Del Pozo, Behrens, Schulz & Graef-Callies (2014), Nervenheilkunde
124 MigrantInnen, Sprechstunde für Migration und seelische Gesundheit der MHH

Morawa & Erim (2014), J. Environ. Res. Public Health
471 türkischstämmmige MIgrantInnen, ambulante Pt. (Hausärzte, psychosomatische Abt.)

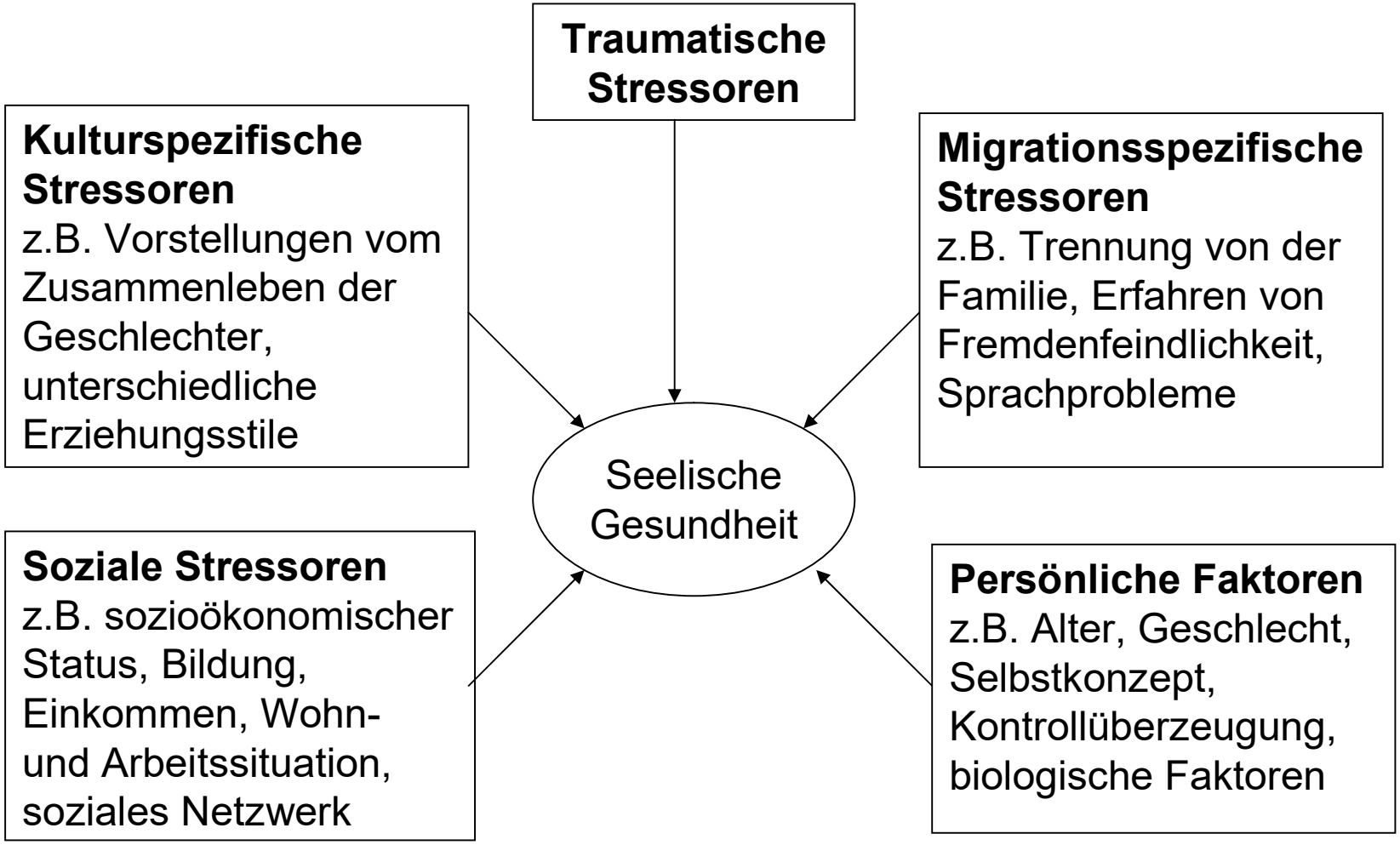
Risikofaktor Migration? Perspektiven

- **defizitorientiert**
  - Selektionstheorie: erhöhnte Vulnerabilität
  - Armut und soziale Ungleichheit: schwierige soziale Situation, geringer Sozialstatus
  - Migration als kritisches Lebensereignis (mit Belastungen und Anpassungserfordernissen assoziiert)
  - gesundheitsriskante Verhaltensweisen
  - erhöhte Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung

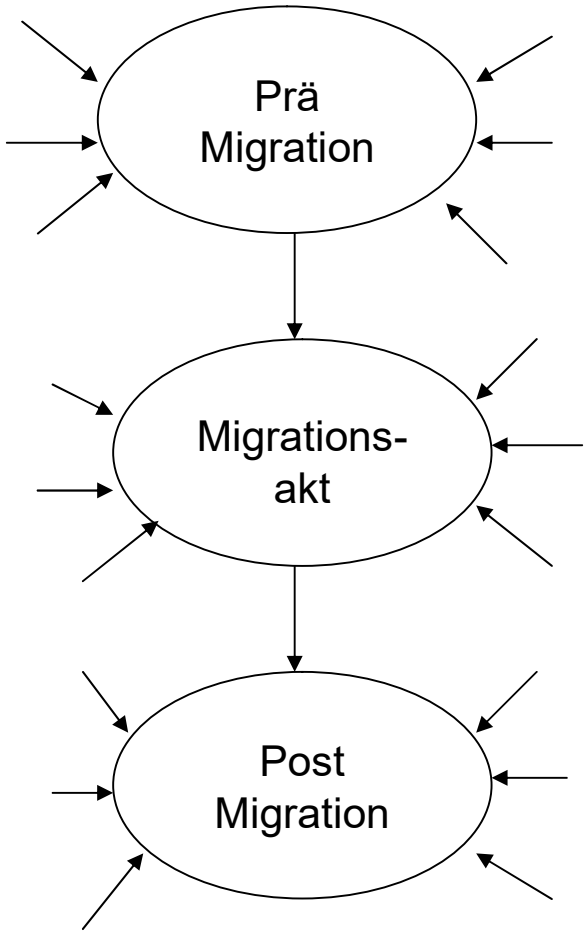
- **ressourcenorientiert**
  - Migration als Chance und Herausforderung, konstruktive Bewältigung → Entwicklung von Bewältigungsstrategien
  - positive Bewertung der Migration
  - Persönlichkeit: Optimismus, Kontrollüberzeugung
  - Soziale Netzwerk: bessere soziale Unterstützung durch Familie und das ethnische Umfeld in einer von **kollektivistischen Werten** geprägten Kultur
  - Verbesserung der wirtschaftlichen und sozialen Lage
  - bessere medizinische Versorgung und soziale Infrastruktur
  - positive Selektion: „healthy migrant effect“:
  - religiöse Einbindung und Glauben
  - traditionelle Heilmethoden (z.B. Hodchas) und religiös fundiertes Krankheits-verständnis
  - Kinder/Jugendliche: elterliche Kontrolle, sichere Bindung

→ **Perspektivenwechsel ist erforderlich!**

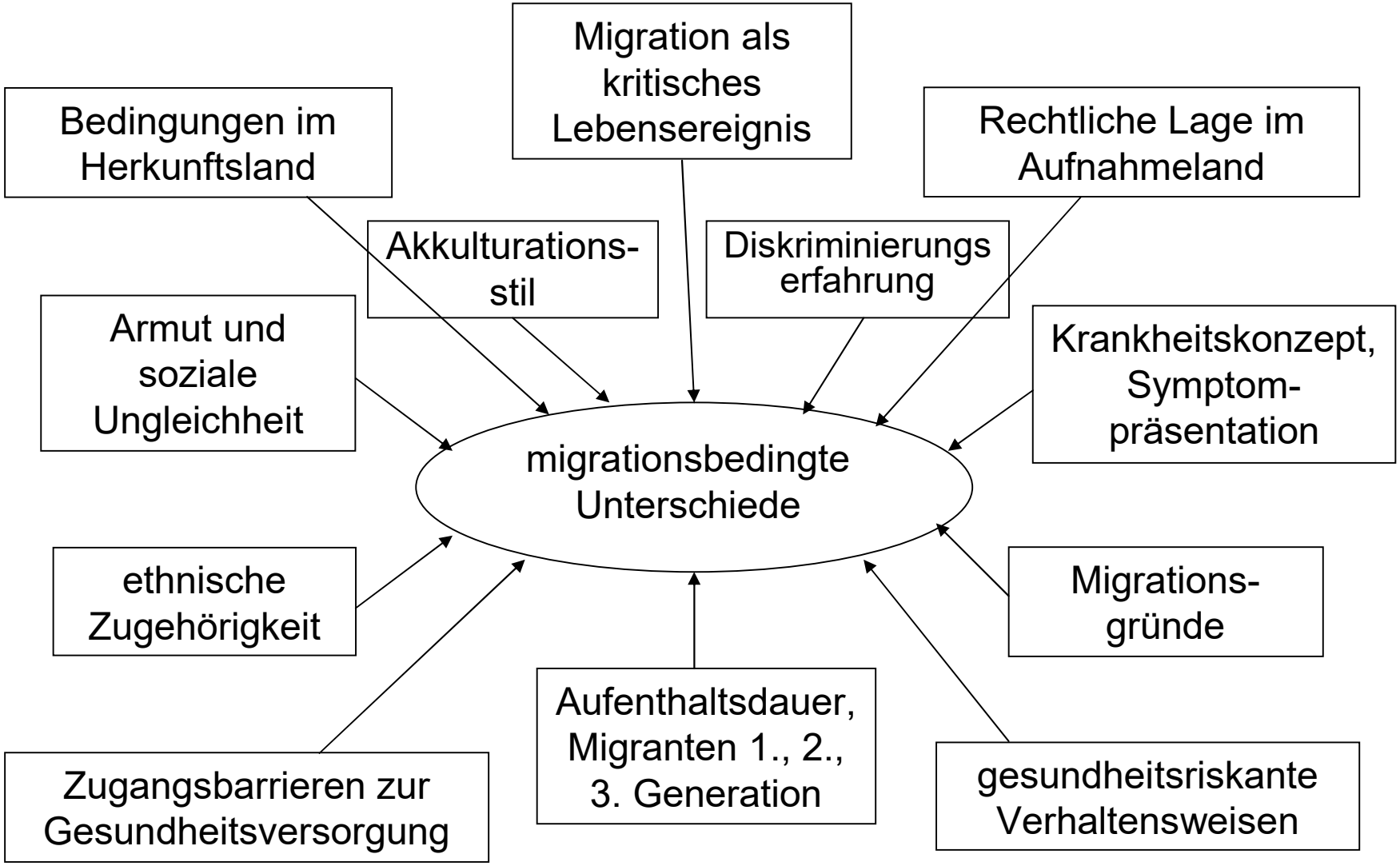
Risikofaktor Migration? Einflussfaktoren



Risikofaktor Migration? Einflußfaktoren



Risikofaktor Migration? Einflussfaktoren



Diskriminierungserfahrung

- Pasco & Richman (2009): Metaanalyse, 134 einbezogene Studien

wahrgenommene Diskriminierung und Migration

Internationale Studien

- wahrgenommene Diskriminierung → seelischer und körperlicher Gesundheit/Krankheit, Angst und Depression, Selbstwertgefühl
- erhöhte Stressreaktion als moderierendes Merkmal
- Welche Merkmale beeinflussen diesen Zusammenhang? Stressbewältigungsstile, Persönlichkeit, sozioökonomische Faktoren, medizinische Versorgung, soziale Ressourcen

Nationale Studien

- Migranten aus der Türkei und aus arabisch-muslimischen Staaten erfahren am häufigsten Diskriminierung (IAB-Kurzbericht 21.4/2014)
- Merbach et al. (2008), 140 polische und 82 vietnamesische MigrantInnen
  - Diskriminationserleben und soziale Assimilation → Angst und Depression
- Morawa & Erim (2014), 218 türkisch- und polnischstämmige MigrantInnen
  - Türkischstämmige höhere wahrgenommene Diskriminierung
  - wahrgenommene Diskriminierung → Zusammengänge zu Depression (BDI) und gesundheitsbezogener Lebensqualität (SF-36)
- Schunk, Reiss & Razum (2015) N=8.307, SF-12
  - Diskriminierungserfahrung → psychische Auffälligkeiten
  - Diskriminierungserfahrung → psych. Auffälligkeiten → körperl. Störungen
  - Diskriminierungserfahrung → gesundheitlichen Gesundheit, aber <u>nicht</u> Gesundheit $\not\rightarrow$ Diskriminierung
  - Unterschiedliche Einwanderergruppen sind unterschiedlich wahrgenommener Diskriminierung ausgesetzt

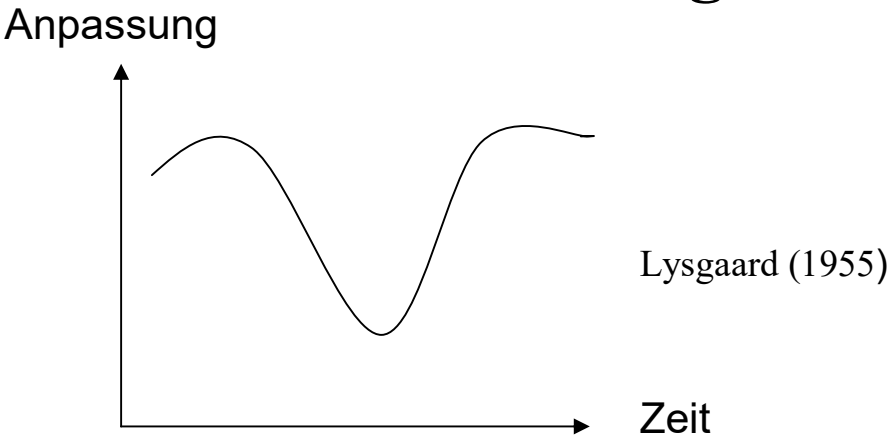
wahrgenommene Diskriminierung und Migration

Nationale Studien

- Lersner et al. (2015): Vergleich Jugendliche mit türkischem und deutschem Hintergrund, internalisierender und externalisierender Symptome
  - das Diskriminierungserleben stellt einen signifikanten Einflussfaktor dar, der sozioökonomische Status hingegen nicht
- Igel, Brähler & Grande (2010): N=1.844 MigrantInnen, SF-12
  - wahrgenommene Diskriminierung und Sorge um Fremdenfeindlichkeit beeinflussen die seelische und körperliche Gesundheit
  - Geschlechtsspezifische Einflüsse, Männer: wahrgenommene Diskriminierung, Frauen: Sorge um Fremdenfeindlichkeit
  - Unterschiede zwischen verschiedenen Herkunftsregionen
  - fehlende Einfluss soziökonomischer Merkmale
- Fischer et al. (2017), Laborexperiment, 30 männliche türkische Migranten, Exposition einer ethischen Diskriminierung
  - Kurzfristig: Zunahme Herz-Frequenz, Alpha-Amylase → Hervorrufen einer psychobiologische Stressreaktion
  - Langfristig: niedrige Haar-Cortisol-Konzentration → fehlregulierte biologische Stress-System → Grundlage für die Entwicklung stressbedingter Krankheiten

Erklärungsmodell zum Zusammenhang von Migration und Gesundheit (Schenk, 2007)

Risikofaktor Migration? Verlaufsbetrachtung



Psychologische Phasen der Migration

- U-förmiger Verlauf (Lysgaard, 1955)
- W-Curve (Oberg, 1960)
- Stadienmodell von Sluski (2001)
- jedes Stadium geht mit unterschiedlichen Risiken und Belastungen einher
- Generationsübergreifende Anpassungsprozesse
- Das Modell von Sluski ist mehrfach modifiziert worden, u.a. von Macheleit & Callies (2003) und von Stock Gissendanner et al. (2011)

Stock Gissendanner al al. (2011)

Schlussfolgerungen

- Migranten: große **Vielfalt** → Fokussierung auf Risikogruppen (Kinder und Jugendliche, ältere Zugewanderte, Frau mit MH, Asylbewerber und „Illegale“
- Ausblendung von Vielfalt → Verfestigung von stigmatisierenden Zuschreibungen unter dem Ettiket „MH“
- Wissen über Migranten der 1. , 2., 3. usf. Generation und **generationsübergreifende** Anpassungsprozesse erweitern
- von der defizitorientierten zur **ressourcenorientierten** Betrachtungsweise → z.B. signifikante Verbesserung der Teilleistungen von 15-Jährigen (PISA 2009), häufiger intergenerationaler Bildungsaufstieg (BMFSFJ, 2013)
- es muss deutlicher zwischen **kultur**spezifischen und **migrations-**spezifischen Faktoren differenziert werden
- die Versorgungseinrichtungen müssen der kulturellen Diversifizierung Rechnung tragen
- **gesundheitlicher Wandel** durch Migration
- Erwerben von **interkulturellen Kompetenzen** in der Ausbildung: kultursensibler/kulturkompetenter Umgang, Technik vs. Haltung
- Perspektive: **Integration** oder **Inklusion**? Akzeptanz von Vielfalt

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

$\Psi\psi$