



Masterarbeit

Migration und psychische Gesundheit

Unterscheidet sich der Erfolg einer muttersprachlich durchgeführten Therapie bei Patienten mit Migrationshintergrund aus der Türkei von Patienten ohne Migrationshintergrund?

Sevinç Ataman

Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie

Fachliche Beratung: Prof. Dr. Valerie Gamper

Ankara, Mai 2013



Diese Arbeit wurde im Rahmen des Masterstudienganges am Departement P der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie,
Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich

Abstract

Angesichts der psychosozialen und psychischen Belastungen von Türkeistämmigen als zahlenmässig grösste Gruppe der in Deutschland lebenden Menschen mit Migrationshintergrund und des zunehmenden, aber dennoch nicht ausreichenden Angebots in muttersprachlicher Psychotherapie im Rahmen von stationären Rehabilitationsmassnahmen beschäftigt sich diese Arbeit mit dem Erfolg von Psychotherapie in türkischer Sprache. Hierfür konnten 30 türkeistämmige und 30 deutsche Patienten einer Rehabilitationsklinik für Psychosomatik und Ganzheitsmedizin in Deutschland für eine Befragung bei der Aufnahme und nach vier Wochen gewonnen werden. Das Ergebnis der quantitativen Untersuchung zum Vergleich des Erfolgs von in der Muttersprache durchgeführten Psychotherapie bei deutschen und türkeistämmigen Patienten zeigt, dass die Symptombelastung bei türkeistämmigen Patienten im Vergleich zu deutschen Patienten deutlich höher ist, aber dennoch Therapieerfolge im Sinne einer Verbesserung verzeichnet werden können. Ausserdem zeigt sich auf Patientenseite eine positive, schätzende Einstellung gegenüber der türkischsprachigen Psychotherapie, die sich im Lauf des Rehabilitationsaufenthaltes erhöht und auf zukünftige Inanspruchnahme des psychotherapeutischen Angebots hindeutet. Die Ergebnisse rechtfertigen die bisherigen Bemühungen für eine muttersprachliche Psychotherapie und die Aufforderung der deutschen Bundespsychotherapeutenkammer zur Verbreitung der muttersprachlichen Psychotherapie für grössere Migrantengruppen.

INHALTSVERZEICHNIS

1.	Einleitung	1
11.1.	Zielsetzung	2
1.2.	Abgrenzungen	4
1.3.	Überblick über das wissenschaftliche Interesse für das Thema Migration und psychische Gesundheit hinsichtlich der Migranten aus der Türkei	5
1.3.1.	Situation bis in die 1990er Jahre	5
1.3.2.	Situation ab der 1990er Jahre	6
2.	Migration	7
2.1.	Arbeitsmigration und Deutschland	8
2.2.	Der Migrant	9
2.3.	Migranten aus der Türkei	10
2.4.	Belastungen für türkeistämmige Migranten	12
2.5.	Migration und psychische Gesundheit	13
2.6.	Migration als kritisches Lebensereignis	14
3.	Warum Psychotherapie in der Muttersprache	15
3.1.	Non-verbale Kommunikation	19
3.2.	Non-verbale Kommunikation und die erlernte Sprache	19
3.3.	Definition dolmetschen und Dolmetscher	20
3.3.1.	Dolmetscher in der Psychotherapie	21
3.3.2.	Ungeschulte Dolmetscher	23
4.	Das Bild des türkeistämmige Patienten	24
4.1.	Der türkeistämmige Patient und psychische Beschwerden	26
4.2.	Subjektive Krankheitskonzepte / Krankheitsvorstellungen und Erklärungsmodelle türkeistämmiger Patienten	27
5.	Was ist Rehabilitation?	30
5.1.	Türkeistämmige Patienten und Rehabilitation	30
5.2.	Türkeistämmige Patienten in der Rehabilitation im Vergleich zu deutschen Patienten	31
5.3.	Behandlungserwartungen des türkeistämmigen Patienten	33
5.4.	Rehabilitationserfolg bei türkeistämmigen Patienten	34
6.	Empirischer Teil	36
6.1.	Begründung, Fragestellung und Hypothesen	36
6.2.	Methodisches Vorgehen und Datenerhebung	36
6.3.	Erhebungsort	37
6.4.	Messinstrumente	38
6.4.1.	Fragebogen zur Einholung demographischer Daten	38
6.4.2.	SCL-90 R Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis	40
6.4.2.1.	Auswertung	43
6.4.2.2.	Intepretation	44
6.4.2.3.	Therapieerfolg nach SCL-90 R	44

6.4.2.4.	Cutoff-Punkt	44
6.4.5.2.	Schweregrad	45
6.4.3.	Beck-Depressions-Inventar (BDI)	45
6.4.3.1.	Therapieerfolg nach BDI	46
6.4.3.2.	Cutoff-Punkt	46
6.5.	Stichprobenbeschreibung	46
6.6.	Demographische Daten	47
6.6.1.	Teilnehmer mit Migrationshintergrund aus der Türkei	47
6.6.2.	Teilnehmer ohne Migrationshintergrund	50
7.	Darstellung der Ergebnisse	51
7.1.	Unterschiede zwischen der türkeistämmigen und deutschen Gruppe	51
7.1.1.	Geschlechterstruktur	51
7.1.2.	Altersstruktur	52
7.1.3.	Bildungsstand	53
7.1.4.	Erwerbstätigkeit	53
7.1.5.	Deutschkenntnisse bzw. Ausdrucksfähigkeit	54
7.1.6.	Therapieerfahrung	54
7.1.7.	Rentenanträge	54
7.1.8.	Heimatland des Ehepartners	55
8.	Überprüfung der Hypothesen	55
8.1.	Überprüfung der ersten Hypothese	55
8.2.	Überprüfung der zweiten Hypothese	56
8.3.	Überprüfung der dritten Hypothese	58
8.4.	Weitere Analysen zur Unterstützung der Ergebnisse der Hypothesenüberprüfung	59
8.4.1.	Vergleich des Therapieerfolges nach Geschlecht	59
8.4.2.	Vergleich zwischen türkeistämmigen Männern und Frauen hinsichtlich der Symptombelastung nach SCL-90 R und BDI	59
8.4.3.	Vergleich des Therapieerfolges bei türkeistämmigen Frauen und Männern	60
8.4.4.	Vergleich des Therapieerfolges zwischen türkeistämmigen und deutschen Frauen	60
8.4.5.	Vergleich des Therapieerfolges zwischen türkeistämmigen und deutschen Männern	61
8.4.6.	Vergleich der GSI-Werte zwischen türkeistämmigen und deutschen Männern	61
8.4.7.	Vergleich der Differenzwerte der einzelnen SCL-90-R-Skalen bei türkeistämmigen und deutschen Patienten	62
8.4.8.	Vergleich nach dem SCL-90-R-Schweregrad zwischen türkeistämmigen und deutschen Patienten	62
8.4.9.	Vergleich türkeistämmiger und deutscher Patienten nach dem GSI-Cut-off-Punkt	63
8.4.10.	Vergleich türkeistämmiger und deutscher Patienten nach den BDI-Cut-off-Punkten	63
8.5.	Weitere Analysen, die den Nutzen der Therapie in der Muttersprache unterstützen	64

8.5.1.	Deutschkenntnisse und Gründe für die Bevorzugung einer muttersprachlichen Therapie	64
8.5.2.	Vergleich der Gründe für eine muttersprachliche Therapie aus Patientensicht bei der Aufnahme und nach vier Wochen	65
8.6.	Weitere Analysen mit Variablen, die einen Einfluss auf den Therapieerfolg haben könnten	66
8.6.1.	Korrelation zwischen Lebensjahre in Deutschland und SCL-90-R sowie BDI	66
8.6.2.	Einfluss des Heimatlandes des Ehepartners auf den Therapieerfolg	66
8.7.	Korrelation SCL-90-R und BDI	66
9.	Diskussion	67
9.1.	Zusammenfassung	67
9.2.	Interpretation der Ergebnisse	69
9.3.	Fazit	74
9.4.	Methodenkritik	75
9.5.	Implikationen	76
10.	Literaturverzeichnis	77
11.	Anhang	89

1. Einleitung

Nach den Angaben des *9. Berichts der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration* über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland, veröffentlicht im Juni 2012, lebten 2010 in Deutschland insgesamt 81,7 Millionen Menschen, von denen 15,7 Millionen einen Migrationshintergrund haben. Sie stellen mit 19,3% knapp einen Fünftel der Bevölkerung dar. Somit ist Deutschland, wie Staatministerin Maria Böhmer jüngst nochmals zur Sprache brachte, "ein Einwanderungsland!" (Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, 2013a).

Menschen mit Migrationshintergrund nehmen genauso wie Menschen ohne Migrationshintergrund am Gesundheitswesen sowohl als Dienstleistende als auch als Patienten und Patientinnen teil. Im obengenannten Bericht wird festgehalten, dass Patienten und Patientinnen mit Migrationshintergrund „oft zu wenig von den Möglichkeiten der Prävention und Versorgung“ (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2012, S. 151) profitieren. „Das liegt zum Teil an sprachlichen und kulturellen Hürden, rechtlichen Einschränkungen und Prioritäten in anderen Bereichen der Daseinsvorsorge sowie an fehlenden Kenntnissen des deutschen Gesundheitssystems“ (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2012, S. 151), wobei von Patientenseite „nicht ausreichende Deutschkenntnisse“ (S. 151) als eine „besondere Hürde“ (S. 151) zur Geltung kommen. Dies macht den Betroffenen auch im Gesundheitswesen vermutlich „nur Zaungast in [Deutschland]“ (S. 13) und erschwert „den Zugang zur Prävention, Anamnese, Diagnose, Therapie und Rehabilitation“ (S. 153). Dieses mündet in der Gefahr, dass Krankheiten sich chronifizieren, Arztbesuche sich vermehren und letztendlich das Gesundheitswesen mit höheren Kosten belastet wird.

Zur Verhinderung dieses *Zaungast-Zustandes* wurden in den letzten Jahren verschiedene Massnahmen getroffen wie zum Beispiel die Ausarbeitung der *Sonnenberger Leitlinien* im Jahr 2002 „zur Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung und zur Integration von Migranten mit psychischen Erkrankungen in die bundesdeutsche Gesellschaft“ (Machleidt, Koch, Calliess, Schepker & Salman, 2011, S. 135), der Beschluss zur Erarbeitung eines Nationalen Integrationsplans im Jahr 2006 und die anschliessende „Einrichtung eines Dialogforums Gesundheit und Pflege im Nationalen

Aktionsplan“ (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2012, S. 151) in der laufenden 17. Legislaturperiode.

Neben den Bemühungen auf Bundesebene ist die Aufforderung der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) vom 18. Dezember 2011 zur Gewährleistung der muttersprachlichen Psychotherapie für grössere Migrantengruppen (Pressemitteilung der BPtK, 2011) von Bedeutung, die den Mangel an muttersprachlicher Psychotherapie verantwortlich macht für den *Zaungast-Zustand*, nämlich für die geringe Inanspruchnahme von Psychotherapie. Der Mangel an Psychotherapie in der Muttersprache sowie die fehlenden Sprachkenntnisse der Menschen mit Migrationshintergrund führen dazu, dass Psychotherapie „seltener verschrieben“ (Sieben & Straub, 2011, S. 71) und die „Therapiefähigkeit abgesprochen“ (Sieben & Straub, 2011, S. 72) werden.

1.1. Zielsetzung

Ausgehend davon, dass

- in der Türkei Psychotherapie und psychotherapeutische Institutionen seit Jahrhunderten bekannt sind (Koptagel, 1971; Volkan, 1975),
- die Bereitschaft zur Inanspruchnahme von psychologischen Angeboten in der Türkei vorhanden sind (Ataman, 2011),
- Zugangsmöglichkeiten in der Türkei im Rahmen der privaten und staatlichen medizinischen und psychischen Versorgung gegeben sind, und somit die Psychotherapie für türkeistämmige Menschen nicht als kulturfremd betrachtet werden kann,
- ein Grossteil türkeistämmiger Patienten in Deutschland vor ihrem Klinikaufenthalt einen Psychotherapeuten als Hilfequelle in Anspruch nehmen (Kızıllhan, 2010), und dass bei stationärer Behandlung mit muttersprachlicher Psychotherapie Verbesserungen zu verzeichnen sind (Kızıllhan, 2008),
- ein Teil der vorhandenen Studien wie zum Beispiel die Studie von Mösko, Schneider, Koch & Schulz (2008) und Göbber, Pfeiffer, Winkler, Kobelt & Petermann (2010) den Therapieerfolg bei türkeistämmigen Migranten auf der Grundlage einer deutschsprachigen Therapie messen und abstreiten, obwohl auf die

unzureichenden Sprachkenntnisse hingewiesen wird, und „gerade sprechende Interventionen von großer Bedeutung in deren Behandlung sind und diese durch sprachliche und kulturelle Barrieren behindert werden können“ (Brähler, Petermann & Rief, 2010, S. 161),

kann (die Annahme) gefolgert werden, dass die geringeren Behandlungserfolge im Vergleich zur Patienten ohne Migrationshintergrund bzw. zu deutschen Patienten an geringeren bis nicht-vorhandenen Sprachkenntnissen liegen könnten.

Es ist Ziel dieser Arbeit, den Nutzen der Muttersprache in der Psychotherapie bei Patienten mit Migrationshintergrund aus der Türkei herauszuarbeiten, um in der Zukunft den Profit der Psychotherapie zu erhöhen und die muttersprachliche Psychotherapie im Rahmen der Möglichkeiten zu verbreiten. Es kann letztendlich auch zur besseren Integration der Migranten, zur Reduzierung von gesellschaftlichen Konflikten zwischen Personen mit Migrationshintergrund und Einheimischen und zur Reduzierung von krankheitsbedingten Kosten für Krankenkassen führen. Daher versucht diese Masterarbeit, anhand der nachstehenden Hypothesen folgende Fragestellung zu beantworten:

Unterscheidet sich der Erfolg einer muttersprachlich durchgeführten Therapie bei Patienten mit Migrationshintergrund aus der Türkei von Patienten ohne Migrationshintergrund?

Hypothese 1: Bei einer muttersprachlichen stationären Therapie kann bei türkeistämmigen Patienten ein Therapieerfolg wie bei deutschen Patienten erzielt werden.

Hypothese 2: Es zeigen sich signifikante Unterschiede bei Patienten mit Migrationshintergrund und Patienten ohne Migrationshintergrund in den Subskalen des SCL-90-R und im BDI sowohl bei der Aufnahmebefragung als auch bei der Befragung nach vier Wochen.

Hypothese 3: Bei türkeistämmigen Patienten haben Faktoren wie die vorherige Erfahrung mit einem deutschsprachigen Therapeuten, die Zugangsart und die Erwartungen an muttersprachliche Therapie einen signifikanten Einfluss auf den Therapieerfolg.

1.2. Abgrenzungen

Die Arbeit geht nicht der Frage nach, ob Psychotherapie nützlich ist. Der Nutzen und die Wirksamkeit von Psychotherapie wird als gegeben betrachtet. Der Therapieerfolg von einzelnen psychotherapeutischen Grundorientierungen wird nicht diskutiert. Des Weiteren beschäftigt sich diese Arbeit nicht mit dem Thema der interkulturellen / transkulturellen Psychologie und Psychotherapie, und auch nicht mit Krankheitsbildern.

Darüber hinaus wird der Therapieerfolg von Patienten ohne Migrationshintergrund und von Patienten mit Migrationshintergrund lediglich aus der Türkei verglichen. Patienten mit Migrationshintergrund, die nicht aus der Türkei stammen, sind nicht Gegenstand der Arbeit und werden demzufolge nicht in die Stichprobe aufgenommen.

Die Arbeit geht auch nicht der Frage nach, warum türkeistämmige Migranten nach mehreren Jahren in Deutschland immer noch keine ausreichenden Deutschkenntnisse aufweisen können.

Die Stichprobe besteht lediglich aus Patienten der Michael-Balint-Klinik in Königfeld. Patienten anderer Kliniken werden in die Stichprobe nicht aufgenommen.

Die Erhebung wird sowohl bei Patienten mit Migrationshintergrund als auch bei Patienten ohne Migrationshintergrund mit denselben psychometrischen Instrumenten, nämlich mit SCL 90-R und BDI, durchgeführt, deren Reliabilität und Validität auch in der türkischen Fassung gegeben sind (Franke, 2002; Hisli, 1988, Dağ, 1991). Ausser eines für die Erhebung im Rahmen der Masterarbeit entwickelten demographischen Fragebogens werden keine weiteren psychometrischen Instrumente herangezogen.

Berufs- und Funktionsbezeichnungen sind im Text zur besseren Lesbarkeit lediglich in männlicher Form angegeben, doch gelten sie für beide Geschlechter. Darüber hinaus werden aus platzökonomischen Gründen im weiteren Verlauf Patienten und Patientinnen mit Migrationshintergrund aus der Türkei als türkeistämmige Patienten oder Rehabilitanden und Patienten und Patientinnen ohne Migrationshintergrund als deutsche Patienten oder Rehabilitanden bezeichnet.

1.3. Überblick über das wissenschaftliche Interesse für das Thema Migration und psychische Gesundheit hinsichtlich der Migranten aus der Türkei

1.3.1. Situation bis in die 1990er Jahre

Im Rahmen des Anwerbeabkommens von 1961 zwischen Deutschland und der Türkei kamen türkeistämmige Arbeitnehmer nach Deutschland. 1961 wurden 2100 türkische Arbeitnehmer angeworben. Die Zahl der angeworbenen Arbeitnehmer und deren zugezogenen Familienmitglieder stieg bis 1973 auf 2,6 Millionen an (Ültanır, Ültanır, Canbulat & Uyanık, 2004).

In der Anfangsphase des Anwerbeabkommens galt das medizinische Interesse eher dem Ziel, gesunde und arbeitsfähige Arbeitnehmer auszuwählen, die das Gesundheitswesen nicht mit Kosten belasten und keine gesundheitliche Gefahr für die einheimische Bevölkerung darstellen (Collatz, Kürşat-Ahlers, Korporal, 1985). Es wurde davon ausgegangen, dass türkeistämmige Menschen „nur für eine begrenzte Zeit in Deutschland bleiben würden“ (Kızıllhan, 2005, S. 140). Erst als sich in den 1980er Jahren abzeichnete, „dass Türken in der Bundesrepublik bleiben werden und – vielleicht tatsächlich zunehmend – Klienten des Beratungs- und Behandlungssystems bleiben“ (Steinmann & Wagner, 1986, S. 5) begann „die Beschäftigung mit der Seele der Ausländer“ (S. 4) beziehungsweise mit den „psychischen, psychosomatischen und psychiatrischen Problemen“ (S.4). In den 1980er Jahren „handelt es sich bei solchen wissenschaftlichen Untersuchungen um sporadische Einzelaktivitäten, meist befristete Forschungsprojekte, die untereinander nicht koordiniert waren und damit einer Breitenwirkung und Nachhaltigkeit entbehrten“ (Özek, 2011, S, 111).

In diesem Rahmen ist die Untersuchung von Steinmann und Wagner (1986) zu nennen. Sie befasst sich mit den psychosomatischen Problemen türkeistämmiger Arbeitnehmer und deren Familien sowie den „Möglichkeiten professioneller Hilfestellung in der Region Mittelhessen“ wie der Untertitel der besagt (Steinmann & Wagner, 1986).

Die Arbeit von Çiçek *Psychische und Psychosomatische Störungen unter besonderer Berücksichtigung psychosexueller Störungen bei Arbeitsmigranten aus der Türkei* erschien 1989 und gibt einen allgemeinen Überblick.

Die umfassendste Arbeit in den 1980er Jahren über die Gesundheit und die gesundheitliche Versorgung von türkeistämmigen Migranten – unter Vorbehalt– wurde

von Collatz et al. (1985) herausgegeben und beinhaltet „Arbeiten (...), die mit der gesundheitlichen Situation und der medizinischen Versorgung von Arbeitsmigranten am Beispiel türkischer Familien bekanntmachen“ (S. 5). In dieser Arbeit werden des Weiteren Erklärungsmodelle und das Krankheitsverständnis von Türkeistämmigen dargestellt.

Die intensive Beschäftigung der Wissenschaft mit der psychischen Gesundheit und Versorgung der Menschen aus der Türkei begann erst in den 1990er Jahren. Hierzu trug 1992 auch die Initiative, „einen Deutsch-Türkischen Psychiatriekongress zu organisieren“ (Özek, 2011, S. 111) bei, die einen Anstoss für die intensive wissenschaftliche Beschäftigung mit dem Thema gab (Özek, 2011). Der erste türkisch-deutsche Psychiatriekongress fand im April 1994 in Antalya / Türkei statt. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass türkeistämmige Migranten nicht remigrieren werden, wurden in der Kongressresolution verschiedene Massnahmen zur Verbesserung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung gefordert, die sowohl an medizinische und therapeutische Einrichtungen als auch an die Forschung und die Gesetzgebung Ansprüche stellt. Die Resolution kann als Vorgängerin der *Sonnenberger Leitlinien* von 2002 und der Aufforderung der Bundestherapeutenkammer betrachtet werden (siehe Anhang). Mittlerweile wird der VIII. Deutsch-Türkische Psychiatriekongress unter dem Titel *In Vielfalt Leben* vom 19–21. September 2013 in İzmir vorbereitet.

1.3.2. Situation ab der 1990er Jahre

In den 1990er Jahren befassten sich sowohl „die psychiatrische Fachöffentlichkeit“ (Zeiler & Zarifoğlu, 1997, S. 300) als auch die „Gesundheitsfachverwaltung“ (S. 300) mit den Problemen der Migranten. So wurde in den Psychiatrieberichten des Landes Berlin 1992 und 1994 „die psychosoziale Versorgung der ausländischen Bevölkerung als ein wichtiger Planungsschwerpunkt festgestellt“ (Schultz, 2003, S.240). Daran hat vermutlich „die zunehmende Konfrontation psychiatrischer Professioneller mit Zuwanderern, Arbeitsmigranten, Flüchtlingen und sog. Spätaussiedlern“ (Zeiler et al., 1997, S. 300; Unschuld, 1996) eine Rolle gespielt.

Die Beschäftigung mit den psychosozialen, psychischen und psychiatrischen Problemen von Migranten zeigt sich auch an der zunehmenden Zahl von Fachbüchern und Artikeln, die bei der Inanspruchnahme und der Versorgung auf sprachliche und kulturelle Schwierigkeiten aufmerksam machen.

An der Zunahme der wissenschaftlichen Studien und Forschungstätigkeiten scheint sowohl der durch die allgemein stark zugenommene Migrationsbewegung ausgelöste weltweite Trend von Interkultureller / Transkultureller Psychologie als auch die Etablierung und das Heranwachsen einer bi- und multilingualen türkeistämmigen Psychologen- und Psychotherapeutengeneration, die auch im universitärem Rahmen wissenschaftlich-empirisch forscht, eine Rolle zu spielen. Studien, die für die Masterarbeit relevant sind, werden im Lauf des Textes an entsprechender Stelle diskutiert.

Zugleich muss darauf hingewiesen werden, dass zwischen der Zunahme der wissenschaftlichen Bemühungen und den auf Bundes-, Land- und kommunaler Ebene getroffenen Massnahmen bezüglich der Bevölkerung mit Migrationshintergrund eine Parallelität festzustellen ist: Von Bundesseite wurde 1978 das *Amt des Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen* "zur Förderung der Integration der ausländischen Arbeitnehmer und ihrer Familienangehörigen" (Bundesregierung, 2009) eingerichtet, "nachdem das Bundeskabinett offiziell die Integrationsprobleme anerkannt hatte" (Sylla, 2008). Dieses Amt war bis zum Jahr 2002 dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialforschung zugeteilt. Im Jahr 2002 wurde das Amt in "Beauftragte für Migration, Flüchtlinge und Integration" umbenannt und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zugeteilt. Im Jahr 2005 wurde das Amt im Staatsministerium angesiedelt; der Amtsinhaber erhielt den Titel des Staatsministers und den Rang eines parlamentarischen Staatssekretärs.

2. Migration

Die Migration wird im *Dorsch Psychologisches Wörterbuch* als die „Wanderung von einzelnen Individuen oder kleinen Gruppen zwischen Populationen“ (Häcker& Stapf, 2009, S. 641) beschrieben.

Die zunehmende Bedeutung und die intensive Beschäftigung mit Migration ist vermutlich der im IMO-Bericht in 2010 dargestellten Tatsache zu verdanken: „There are far more international migrants in the world today than ever previously recorded, and their number has increased rapidly in the last few decades“ (IMO, 2010, S. 3).

Die Zahl der Migranten, die im Jahr 2000 bei 150 Millionen lag, ist im Jahr 2010 auf 214 Millionen gestiegen und wird nach Angaben der IMO (2010) im Jahr 2050 auf 405 Millionen steigen.

Die Migration wird von Bade (2002) als eine Antwort „auf mehr oder minder komplexe ökonomische und ökologische, soziale und kulturelle, aber auch religiös-weltanschauliche, ethnische und politische Existenz- und Rahmenbedingungen“ (Bade, 2002, S. 21) beschrieben, die ein Ort einer Person oder einer Gruppe zur Verfügung stellt. Diese Antwort erfordert eine erzwungene oder freiwillige (WHO, 2003) Verlegung des „Lebensmittelpunkt[s] über eine sozial bedeutsame Entfernung“ (Bundesbeauftragte für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2003, S. 3) – wobei „it is increasingly difficult to distinguish clearly between ‚forced‘ and ‚voluntary‘ migrants“ (WHO, 2003, S. 10).

Nach Grinberg & Grinberg (1990) hängt die Migration nicht nur von den Existenz- und Rahmenbedingungen, also von äusseren Umständen ab, sondern auch „von der Persönlichkeit des Subjekts, seinen vorherrschenden psychologischen Eigenschaften und seiner geistigen Kraft“ (S. XIV).

Es kann sich bei der Migration „um die hoffnungsvolle Reise (...), um die resignierte Wanderung (...) zu einem schlecht bezahlten Job (...), um die erzwungene Flucht (...) oder andere Variationen“ handeln (Sluzki, 2010, S. 109). Dennoch zeigt sich nach Sluzki (2010) in der Migration „eine erstaunliche Regelhaftigkeit“ (S.109) im „Verlauf eines Migrationsprozesses“ (S. 109). Nach Sluzki (2010) besteht ein Migrationsprozess aus fünf Stadien, nämlich „1. die Vorbereitungsphase, 2. der Migrationsakt, 3. die Phase der Überkompensierung, 4. die Phase der Dekompensation sowie 5. die Phase der generationsübergreifenden Anpassungsprozesse“ (S. 109–110; vgl. Grinberg & Grinberg, 1990; Uslucan, 2011). Nach Machleidt & Callies (2009) gibt es sechs Phasen der Migration: Sie übernehmen das Phasenmodell von Sluzki (2010) und erweitern es. Sie nennen die vierte Phase die „Phase der kritischen Anpassung oder Dekompensation“ (S. 1126) und fügen nach der dieser Phase, „die Phase der Trauer“ (S. 1127) hinzu.

2.1. Arbeitsmigration und Deutschland

Die von den 1950er Jahren bis in die Mitte der 1970er Jahre in westeuropäische Industrieländer stattgefundene Arbeitsmigration aus verschiedenen Mittelmeerländern wird „als eine der größten Migrationsbewegungen der Geschichte“ (Hoffmann-Nowotny, 1976; S. 43) angesehen. Es ist davon auszugehen, dass Deutschland ein Viertel der „heute [1976] mehr als zehn Millionen Gastarbeiter, ihre Familienangehörige eingerechnet“ (Hoffmann-Nowotny, 1976, S. 43), aufgenommen hat.

Die Bundesrepublik Deutschland unterzeichnete 1955 mit Italien, 1960 mit Spanien und Griechenland, 1961 mit der Türkei, 1963 mit Marokko, 1964 mit Portugal, 1965 mit Tunesien und 1968 mit dem damaligen Jugoslawien Anwerbekommen (Reimann & Reimann, 1976), „um den ständig steigenden Kräftebedarf zu decken“ (Holjewilken, 1976, S. 14). So „wurden die maximal 2,6 Millionen ausländischen Arbeitnehmer als Ersatzbedarf zum Ausgleich der strukturellen Arbeitskräftelücke hierzulande beschäftigt. Die denkbaren Alternativen – vermindertes Wirtschaftswachstum, Wohlstandverzicht, verringerte Arbeitszeitsenkungen und verstärkte Produktivitätssteigerungen – waren gesellschaftlich nicht durchsetzbar oder von der Investitions- und Infrastruktur her nicht möglich“ (Kühl, 1976, S. 26). Die ausländischen Arbeitnehmer wurden mehrheitlich für „wenig prestigeträchtige, risikoreiche, chancenarme, unterwertige und kaum menschengerechte Arbeitsplätze“ (Kühl, 1976, S. 26) eingesetzt, für die einheimische Arbeitnehmer „eine unzureichende Bereitschaft“ (S. 26) hatten.

2.2. Der Migrant

Nach Steinhausen, Bearth-Carrari & Winkler Metzke (2009) beschreibt der Begriff *Migrant* bzw. *Person mit Migrationshintergrund* eine Person, die selbst oder deren Eltern oder ein Elternteil „eine Wanderung vollzogen hat“ (S. 13). Menschen, die diese Wanderung im Zuge der oben dargestellten Anwerbeabkommen gemacht haben, wurden am Anfang „Gastarbeiter“ genannt, da diese Anwerbeabkommen eine begrenzte Aufenthaltsdauer zwecks Arbeit vorsah. Sie kamen alleine, ohne Familienangehörige, nach Deutschland und wurden anfangs zum grössten Teil in Wohnheimen untergebracht (Uslucan, 2011; Spiegel, 1973). Durch das Wort *Gast* wurde ihre Fremdheit / ihr Fremdsein in Deutschland hervorgehoben; sie waren aber wegen des Bedarfs an Arbeitskräften in den Jahren des Wirtschaftsbooms notwendig. Neben den Vorurteilen, Stereotypen und Stigmatisierungen wurde das Fremdsein in Deutschland bestimmt durch eine „*tatsächliche(...)* Diskriminierung, wobei Diskriminierung den Zustand meint, in dem einer Minderheitengruppe derselbe Status und dieselben Rechte, wie sie die Mehrheit besitzt, verweigert werden“ (Goetze, 1976, S. 72). Diese Diskriminierung zeigte sich konkret auf sozialer, ökonomischer und rechtlicher Ebene wie z.B. in der „Form und Gehalt der Arbeitsverträge (...), [der] Möglichkeit zur Verweigerung der Verlängerung der Aufenthalts- und Arbeitserlaubnis (...), [der] legalen Beschränkungen, denen die

Familienzusammenführung unterworfen ist, [den] Behausungsbedingungen (...), [den] Lohnbedingungen“ (Goetze, 1976, S. 72; vgl. Spiegel, 1973).

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Migranten in Deutschland beträgt durchschnittlich knapp 21,5 Jahre (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2012). Obwohl sich für viele Migranten und deren Kinder neue Chancen in Deutschland eröffnet haben, unterscheiden sie sich sozioökonomisch „erheblich von der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Die Armutsrisikoquote ist (...) deutlich höher. Dazu tragen niedrige schulische und berufliche Qualifikationen, eine überdurchschnittlich hohe Beschäftigung in prestigearmen und geringer vergüteten Berufsfeldern, niedriges Einkommen sowie Arbeitslosigkeit bei“ (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2012, S. 25).

2.3. Migranten aus der Türkei

Menschen aus der Türkei stellten in Deutschland zahlenmässig mit Abstand die grösste Gruppe (Holjewilken, 1976) unter den aus dem Ausland angeworbenen Arbeitern dar und stachen im Vergleich zu ausländischen Arbeitern aus anderen Ländern eher ins Auge (Spiegel, 1973). „Die erste Welle der Arbeitsmigranten fand von 1961 bis 1968 statt“ (Ete, 2000, S. 102). Sie kamen im Rahmen des Anwerbeabkommens als Arbeitskräfte für eine begrenzte Zeit nach Deutschland. Das Abkommen sah für Gastarbeiter aus der Türkei eine Aufenthaltsdauer von zwei Jahren vor. Es kamen ca. 250 000 überwiegend männliche Fachkräfte, die in der Autoindustrie eingesetzt wurden, und aus türkischen „Industriestädten oder mittelgroßen anatolischen Städten angeworben wurden“ (Ete, 2000, S. 102). „Die zweite grosse Welle der Arbeitsmigranten¹ fand von 1968 bis 1973/74 statt“ (S. 102). Sie waren zum grössten Teil obdachlos gewordene Opfer verschiedener Naturkatastrophen und wurden als Arbeitskräfte nach Deutschland geschickt (Ete, 2000). Sie „waren im Vergleich zu der ersten Welle keine Fachkräfte, sie waren arme Bauern aus den ländlichen Gebieten, die keinen Beruf erlernt hatten und auch von ihrem Ausbildungsstand nicht in der Lage, so ohne weiteres erfolgreich in der Industriegesellschaft zu sein“ (Ete, 2000, S. 102). Zusätzlich zu den im Abschnitt 2.2 genannten Diskriminierungen befanden sie sich in der unkomfortablen Lage, die von Uslucan (2011) wie folgt beschrieben wird:

¹ Wie im Originaltext.

Dieses sich permanent wiederholende Erleben der Fremdheit – die Fremde ist nicht zur Heimat, aber die einstige Heimat ist zur Fremde geworden – kann zu latenten psychischen Verwundungen, Kränkungen und Selbstwerteinbußen führen. Ausgehalten werden muss der Schmerz, nicht mehr Teil der »imaginierten Gemeinschaft« zu sein und gleichzeitig in einer Welt zu leben, zu der man auch noch nicht gehört.“ (Uslucan, 2011, S. 10)

Gemäss Ete (2000) kamen in der dritten Migrationswelle, die nach dem Anwerbestopp in den Jahren 1973 bis 1980 anhielt, „Ehefrauen und die zahlreichen Kinder [der] Migranten der zweiten Migrantenwelle nach Deutschland“ (Ete, 2000, S. 102–103; vgl. Sturm & Moro, 2010). Es ist davon auszugehen, dass die türkeistämmigen Migranten der zweiten und dritte Welle mehrheitlich aus der „anatolische[n] agrarische[n] Kultur“ (Leyer, 1991, S. 141) kamen und in Deutschland „häufig an den sozialen Rändern unserer [deutschen] Industriegesellschaft angesiedelt“ (Leyer, 1991, S. 141) wurden.

Die letzte Welle der türkischen Migranten bilden politische Asylbewerber nach dem Militärputsch von 1980 (Ete, 2000) und den politischen Ereignissen in den 1990er und 2000er Jahren (vgl. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2009) sowie Heiratsmigranten im Rahmen der Familienzusammenführung.

Die Zahl der 1961 angeworbenen 2100 türkischen Arbeitnehmer stieg bis 1973 auf ca. 2,6 Millionen an (Ültanır et al., 2004) „und umfasste nun auch Eheleute und Kinder, da die blühende wirtschaftliche Lage in Deutschland den Rückgang der eingearbeiteten Gastarbeiter nach zwei Jahren nicht vertrug“ (Ataman, 2011, S.4).

Nach den Angaben der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2012) beträgt mittlerweile die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Migranten aus der Türkei „26,1“ (S. 24) Jahre. Mit dem Zuzug der Familien wuchsen Kinder der ersten Generation türkischer Migranten in Deutschland auf; inzwischen ist von einer dritten und vierten Generation von türkeistämmigen Migranten die Rede, die in Deutschland nicht nur aufgewachsen, sondern auch geboren ist. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Hälfte der türkeistämmigen Migranten in Deutschland auch dort geboren sind (Ataman, 2013).

Seit 2000 erhalten auch türkeistämmige Kinder „die deutsche Staatsangehörigkeit nach dem Geburtsortprinzip“ (Presse- und Informationsamt, 2013b) und müssen „mit Beginn der Volljährigkeit, spätestens jedoch bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres erklären, ob sie bzw. er die deutsche oder eine andere Staatsangehörigkeit behalten (...)“

(„Optionspflicht“)“ (Presse- und Informationsamt, 2013b) wollen. Das Optionsmodell betrifft Kinder, die nach dem 1. Januar 2000 geboren sind und ebenfalls dank einer Übergangsregelung Kinder, „die am 1. Januar 2000 noch nicht zehn Jahre alt waren“ (Presse- und Informationsamt, 2013c).

Die erste Generation der türkeistämmigen Migranten war mit der Absicht gekommen, einige Jahre in Deutschland zu bleiben und wieder in die Türkei zurückzukehren. „Dieser Wunsch nach Rückkehr, der über Jahre konserviert wurde, war mit einer Zukunft in Deutschland nicht zu vereinbaren. Das Leben in Deutschland war provisorisch eingerichtet, eine Integration blieb vielfach aus“ (Kızıllhan, 2005, S. 140; vgl. Uslucan, 2011).

2.4. Belastungen für türkeistämmige Migranten

Das Image der Türken ist eher negativ besetzt (vgl. Sölçün, 2008) und für türkeistämmige Migranten belastend.

Spätestens seit der frühen Neuzeit sind Bilder des Türken im kollektiven Gedächtnis der deutschen Sprache verankert, gleichwohl nicht immer mit einem positiven Beigeschmack. Bezeichnungen wie »Kümmeltürke«, einen »Türken bauen« oder etwas »getürkt« zu haben, als Ausdruck einer unerlaubten oder unsorgfältigen Arbeitsweise, zählen dabei noch zu den harmlosen. (Uslucan, 2011, S. 17)

Türkische Frauen werden eher als unselbstständig, fremdbestimmt, unterdrückt und fromm gesehen; türkische Männer eher als gewalttätig, rückständig, eifersüchtig und machohaft; türkische Familien als autoritär, bildungsfern, integrationsresistent und repressiv; türkische Jugendliche als kriminell, schul- und bildungsresistent vorgestellt (Aicher-Jakob, 2010; Pfeiffer & Wetzels, 2000; Sarrazin, 2008; Kahraman & Knoblich, 2000).

Die soziale Umwelt dürfte wegen „Brandsätze[n] in der Nacht, Schlagwörter[n] am Tag“ (Duve, 1992, S. 19) als ablehnend erfahren werden. Auf einzelne Beispiele der Ablehnung, der Separation, Marginalisierung, körperlichen und verbalen Angriffen wird in dieser Arbeit nicht weiter eingegangen.

Die Antwort der Migranten auf ihr Image d.h. auf Stereotypen, Vorurteile und Stigmatisierungen ist die Segregation, die eine alltägliche Integration in die neue Umwelt erschwert.

Die Frage „Rückkehr oder Hierbleiben“ (Steinmann & Wagner, S. 1986, S. 15) wird für die erste Generation neben Heimweh (Brucks, 2004) und anderen psychosozialen Belastungen wie die Angst vor Arbeitslosigkeit (Steinmann & Wagner, 1986), schlechte Wohnverhältnisse und schwere Arbeitsbedingungen (Haasen, Yağdıran, Lambert & Maß, 2000a, S. 189) als eine wichtige psychische Belastung betrachtet. Eine weitere psychische Belastung für die erste Generation dürfte die „Angst vor der Entfremdung von den eigenen Kindern“ (Özdağlar, 2007, S. 1096), die verdeutschen könnten, sein. Die zweite Generation litt unter der Unentschiedenheit der Eltern zwischen *Rückkehr oder Hierbleiben*, unter dem Misstrauen der Eltern „auf ihr »Verdeutschen« hin (Özdağlar, 2007, S. 1096) sowie unter ethnizitätsbezogenen Diskriminierungserfahrungen (Uslucan, 2011) der Umwelt. „So habe die zweite Generation unter dem doppelten Anerkennungsproblem gelitten, daß zu Hause das Mißtrauen herrschte, ob die Kinder »schon« Deutsche seien, in der Schule dagegen, ob sie »noch« Türken waren.“ (Özdağlar, 2007, S. 1096). Der niedrige Bildungsstand ihrer Eltern und die innerfamiliäre Gewalt, der grosse Geschwisterverband und die Parentifizierung durch den Einsatz als Dolmetscher für die Eltern bei Behörden, Ärzten, alltäglichen Erledigungen und schulischen Angelegenheiten der Kinder selbst gehören zu den wichtigsten psychischen Belastungen der zweiten Generation (Uslucan, 2011; Özdemir, 1997; Özdemir, 2005). Heute dürfte neben den ethnizitätsbezogenen Diskriminierungserfahrungen innerfamiliäre Konflikte und das Optionsmodell, das volljährige türkeistämmige Jugendliche, die nach 2000 in Deutschland geboren sind, zu einer Entscheidung zwischen den Staatsangehörigkeiten zwingt, als eine wichtige psychische Belastung betrachten werden, die vergleichbar mit den schwebenden Rückkehrabsichten der ersten Generation sind.

2.5. Migration und psychische Gesundheit

Parallel zu der zunehmenden intensiven Beschäftigung mit dem Thema Migration und Menschen mit Migrationshintergrund hat auch die Beschäftigung mit dem Thema *Migration und psychische Gesundheit* in den letzten Jahren stark zugenommen. Das zunehmende Interesse für Migration und psychische Gesundheit lässt sich bereits an der

zunehmenden Zahl der Fachliteratur und Publikationen zuständiger Bundesämter erkennen.

2.6. Migration als kritisches Lebensereignis

Im *Dorsch Psychologisches Wörterbuch* (2009) wird „eine Veränderung in der Lebenssituation einer Person“ (Häcker & Stapf, 2009, S. 554) als kritisches Lebensereignis beschrieben, die „ihren Ursprung in der Person selber oder in der Umwelt haben und [...] vom Individuum eine Anpassungsleistung [fordert]“ (S. 554).

Die Migration bringt mit sich „Veränderungen der äußeren Lebensbedingungen, der Arbeits- und Wohnumwelt sowie soziale und kulturelle Umstellungen“ (Kızıllhan, 2011a, S. 55) und „verlangt neue soziale Ressourcen, eine neue Orientierung und neue Handlungskompetenzen“ (S. 56). Die Migration verlangt den Umgang mit Heimweh, mit dem „Verlust an sozialen Beziehungen und Kompetenzen, an Symbolisierungsfähigkeit und Sinnorientierung“ (Leyer, 1991, S. 141). Gleichzeitig verlangt sie den Umgang mit Stereotypen, Vorurteilen und Stigmatisierungen sowie möglichen körperlichen² und verbalen Angriffen im Aufnahmeland (Sieben & Straub, 2011; Leyer, 1991; Duve, 1992), den Erwerb einer neuen Sprache und das Handeln in einer fremden Sprache. Daher ist die Migration nicht nur als ein kritisches Lebensereignis, sondern als ein „Lebensereignis-komplex“ (Kızıllhan, 2011a, S. 56) zu verstehen.

Die kritischen Lebensereignisse und die damit verbundenen Stressfaktoren erhöhen das Risiko, psychisch zu erkranken (BPtK, 2010a). So kommt es dazu, dass Migranten im Vergleich zu Einheimischen „um fast 60 Prozent häufiger an Depressionen“ (BPtK, 2010b) erkranken und bei ihnen „[k]örperliche Beschwerden, für die sich keine organischen Ursachen feststellen lassen (somatoforme Störungen), (...) fast doppelt so oft“ (BPtK, 2010b) auftreten. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) weist darauf hin, dass psychische Erkrankungen „die gesellschaftliche Integration“ (2010a, S. 3) erschweren, die „Intergrationsfähigkeit und -bereitschaft einschränken oder sie unmöglich machen“ (BPtK, 2011, S.1).

² Die Brandanschläge in Mölln (1992) und in Solingen (1993) auf türkeistämmige Familien löst heute noch Ängste unter türkeistämmigen Migranten aus. Der Brand in Nähe von Stuttgart in März 2013 rief die Ängste wieder auf.

Mit dieser Begründung forderte die Bundespsychotherapeutenkammer in ihrer Pressemitteilung vom 16. Dezember 2011 die Bundesländer auf, „im Jahr 2012 die muttersprachliche Psychotherapie von psychisch kranken Migranten“ (BPtK, 2011, S.1) sicherzustellen. Diese Aufforderung galt vor allem für die muttersprachliche Psychotherapie in Türkisch, da türkeistämmige Migranten die grösste Gruppe unter den Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland darstellen.

3. Warum Psychotherapie in der Muttersprache

1994 schrieb der medizinische Soziologe Emil Zimmermann, dass bei der medizinischen Versorgung der „ausländischen Einwohner“ (S. 26) „[i]m Vordergrund vor allem die Sprachbarrieren“ (S. 26) stehen. Zimmermann (1994) bezeichnete „verbale und nonverbale sowie inhaltliche Sprach- und Verstehensprobleme als die vornehmlichste Schwierigkeit“ (S. 26) zwischen migrantischen Patienten und dem Versorgungspersonal. In diesem Sinne werden auch die unzureichenden bis nicht-vorhandenen Deutschkenntnisse in der einschlägigen Literatur als das „größte Problem in der psychosozialen Versorgung“ (Steinmann & Wagner, 1986, S. 48) von türkeistämmigen Patienten genannt.

Bereits 1974 wird in der Literatur auf die „[m]angelhafte Kenntnis der deutschen Sprache“ (Goetze, 1974, S. 75) im Zusammenhang mit häufiger auftretenden Arbeitsunfällen (Goetze, 1974) und den Schwierigkeiten bei der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung hingewiesen. So schreibt Böker (1976), dass ein „von Krankheitssymptomen geängstigter, etwa von Schmerzen gequälter Ausländer (...) in eine subjektiv höchst belastende Situation ein[tritt], wenn er seine Sorgen nicht formulieren kann und klärende Informationen ausbleiben. (...) ein Dolmetscher läßt sich allzuoft nicht aufreiben“ (S. 169). Die unzureichenden Deutschkenntnisse werden in der einschlägigen Fachliteratur nach knapp vierzig Jahren weiterhin thematisiert (Baschin, Ülsmann, Jacobi & Fydrich, 2012; Rodewig, 2000; Koch, 1996; Leyer, 1991; Theilen, 1985) und für eine psychotherapeutische Behandlung insbesondere für die erste Generation als „kaum ausreichend“ (Brähler et al., 2010, S. 161) betrachtet. So werden die mangelnden Sprachkenntnisse unter anderem auch als Barriere für die

Inanspruchnahme von Psychotherapie und psychosozialen Angeboten verantwortlich gemacht.

Die unzureichenden oder vollständig fehlenden Deutschkenntnisse stellen den hauptsächlichsten Grund für die muttersprachliche Therapie in Türkisch dar, da Sprache das wichtigste psychotherapeutische Instrument ist (Farooq & Fear, 2003). „Jede Psychotherapieform ist überwiegend auf die Verbalisierungsfähigkeit der Patienten angewiesen. Daher sind solche Migranten, die sich sprachlich nicht zu äußern vermögen, von jeder herkömmlichen Einzel- oder Gruppentherapie ausgeschlossen“ (Gün, 2007, S.152-153).

Die Wirkfaktoren der Psychotherapie nach Reimer, Eckert, Hautzinger & Wilke (2007), nämlich

- Intensive, emotional besetzte vertrauensvolle Beziehung zwischen Hilfesuchenden und Helfer
- Erklärungsprinzip (Glaubenssystem, Mythos) bezüglich der Ursachen der Erkrankung und eine damit zusammenhängende Methode für ihre Beseitigung bzw. Behebung
- Problemanalyse, die dem Patienten Möglichkeiten der Bewältigung eröffnet
- Vermittlung von Erfolgserlebnissen, die sowohl der Hoffnung weitere Nahrung geben als auch dem Patienten zunehmend Sicherheit und Kompetenz vermitteln
- Förderung emotionalen Erlebens als Voraussetzung für eine Einstellungs- und Verhaltensänderung (S. 21).

können auch erst durch eine gemeinsame Sprache zwischen Patient und Therapeut zur Geltung kommen.

Abgesehen von den unzureichenden bis fehlenden Deutschkenntnissen auch im Fall, dass der Patient genügende bis gute Deutschkenntnisse besitzt, spricht einiges für die Nutzung der Muttersprache in der Psychotherapie:

Die Befunde der 76 Studien über „culturally adapted interventions „ (Griner & Smith, 2006, S. 531) umfassenden Metanalyse von Griner & Smith (2006) zeigen, dass Psychotherapie „in clients‘ native language (if other than English) were twice as effective as interventions conducted in English“ (S. 531), sofern English nicht die bevorzugte Sprache des Patienten ist.

Auch wenn der Patient der deutschen Sprache mächtig ist, also im Fall der Bilingualität, kann die Muttersprache die Sprache sein, in der er „stark“ (Kahraman, 2007, S.197) ist und sich in seiner psychischen Krise/Not „ohne Versagens- oder Rechtfertigungsdruck“ (S. 198) mitteilen kann. „Berater und Klient kommunizieren sprachlich auf vergleichbaren Ebenen, was Beziehungsaufbau und Öffnung erleichtert“ (Kahraman, 2007, S. 198). Die Verwendung der Muttersprache gibt dem Patienten die Möglichkeit, sich darauf zu konzentrieren, was er sagt, und nicht wie er es sagt (Marcos, 1976).

In einer sozialen Umwelt, in dem sich der Patient diskriminiert, „wie ein Mensch dritter Klasse behandelt“ sieht (Spiegel, 1973, S. 27) und „deutsche Geringschätzung“ spürt (S. 27), dürfte die sprachlich vergleichbare Ebene mit dem Therapeuten und die Aufhebung der Sorge, sprachlich zu versagen und dadurch nochmals Geringschätzung zu erfahren, von Bedeutung sein. Hier spielt die Muttersprache als wichtigste Komponente der Herkunftskultur einen „haltgebenden Faktor“ (Gün & Toker, 2010, S. 355) in einer Umwelt, in der „man sich nicht akzeptiert, angenommen und verstanden fühlt“ (Gün & Toker, S. 355; vgl. auch Gün, 2007; Kahraman, 2010).

Salman Akhtar (2007) sieht die Muttersprache als die „tiefste und verlässlichste Verbindung zu der Kultur“ (S. 42) des Heimatlandes und geht davon aus, dass die „Annahme einer neuen Sprache“ (S. 42) die Identität „bedroht (...) die mit der Muttersprache verbunden ist (...)“ (S. 42). In diesem Sinne dürfte die Muttersprache dem Patienten Geborgenheit bieten und ihn in seiner Identität bestätigen.

Die Bedeutung der Muttersprache in der Psychotherapie und die Feststellung, dass das „Sprechen in der Muttersprache (...) direkter, emotional stärker besetzt und unmittelbar erlebt wird“ (Gün, 2007, S. 157), wird durch die Untersuchung von Marcos (1976) unterstützt. So schreibt Marcos (1976), dass „in their second language patients were found to be significantly more emotionally withdrawn“ (S. 553) und weist darauf hin, dass die erlernte Sprache ein Hindernis bei der “emotional expression and affective involvement of the person” (S. 553) darstellen kann. Das Sprechen in einer fremden Sprache führt zu einem „affective detachment“ (S. 554), da in der erlernten Sprache „words carrying less emotional components since the experiences during which these words were acquired were of a more ‘peripheric’ nature than experiences concomitant with the learning of mother-tongue words” (Marcos, 1976, S. 553; vgl. auch Machleidt &

Gün, 2011). Die Feststellung von Marcos (1976) wird auch durch Behrens & Calliess (2011) im deutschen Sprachraum bestätigt mit der Feststellung: „Sprachprobleme werden häufig zumindest bei der vertieften Exploration emotional bedeutsamer Inhalte deutlich“ (S. 12).

Die ausgesprochenen Wörter in der erlernten Sprache sind im Vergleich zu den Wörtern in der Muttersprache weniger bedeutungsvoll, aussagekräftig und zugleich weniger herausfordernd (Marcos, 1976). Darüber hinaus konnte Marcos (1976) nachweisen, dass der Redefluss in der erlernten Sprache öfters abgebrochen wird, längere Pausen eingelegt werden und kognitive Unsicherheiten bei der Formulierung auftraten (Marcos, 1976).

Carlson (1979) schreibt bezüglich des therapeutischen Gesprächs in der erlernten Sprache, dass „The patient may express highly emotionally charged material in a second language, but without the affect expected“ (S. 542; vgl. auch Yagdiran, Haasen & Krausz, 2001). Machleidt & Gün (2011) schreiben, dass sich in der erlernten Sprache „die Mängel des verflachten Gefühlsaufdrucks“ (S. 405) zeigen. Experimente mit elektrodermalen Verfahren bestätigen auch, dass Affekte in der erworbenen Sprache im Vergleich zu der Muttersprache flacher sind (Caldwell-Harris & Ayçiçeği, Dinn, 2008).

Carlos (1979) bemerkt, dass die Verwendung der Muttersprache in der Psychotherapie unterdrückte Erinnerungen und Assoziationen sowie Phantasien und Erinnerungen im Zusammenhang eines bedeutenden psychischen Erlebnisses auslösen kann. Zudem können durch die Verwendung der Muttersprache Ängste und ungelöste Konflikte im Vergleich zu einer Behandlung in der erworbenen Sprache weniger vermieden werden (Carlos, 1979).

In diesem Sinne stellen Assion, Stompe, Aichberger & Calliess (2011) Folgendes fest: „Auch wenn der Patient die Sprache des Aufnahmelandes für die Belange des täglichen Lebens beherrscht, stößt man an die Grenzen, sobald emotionale Erfahrungen beschrieben werden sollen. Dinge, die sich unbewusst ins Gedächtnis eingepägt haben, werden in der Muttersprache aktiviert, und Emotionen werden eher direkt erlebt“ (S. 328). Emotionen und Affekte werden nicht nur verbalisiert, sondern auch non-verbal zum Ausdruck gebracht.

3.1. Non-verbale Kommunikation

Im *Dorsch Psychologisches Wörterbuch* wird non-verbale oder nicht verbale Kommunikation³ als der „Teil menschlicher Kommunikation, der sich für den Informationsaustausch anderer als sprachlicher Mittel bedient“ (Häcker & Stapf, 2009; S. 690) beschrieben. „Gelegentlich werden die Begriffe «nichtverbales Verhalten», «Interaktion», syn. mit «n.K» gebraucht, unter der Annahme, das alles Verhalten in interpersonalen Situationen Mitteilungscharakter hat“ (S. 690). In diesem Sinne werden

(1) stimmliche Merkmale (Stimme), (2) Merkmale des Sprech-Pausen-Verhaltens (Zögerpausen, on-off pattern der Sprechaktivität) und (3) paralinguistische Merkmale wie Lachen etc. (...) (4) die Mimik, (5) das Blickverhalten, (6) die Gestik, (7) die Körperhaltung und Körperbewegung (6 und 7 Kinestik), (8) räumliche Aspekte (Körperkontakt, Distanz, Sitzpositionen (S. 690)

als Elemente der non-verbale Kommunikation betrachtet (S. 690). Somit gehören auch Affekte, die durch „Mimik, Gestik, Motorik, (...) vegetative(n) Reaktionen u.a. z.B. das Ballen der Faust im Zorn, Schreien, Weinen, die Gänsehaut bei Angst“ (Häcker & Stapf, 2009, S. 13) zum Ausdruck gebracht werden, zur non-verbale Kommunikation. Darüber hinaus werden Körperwärme und -geruch (Häcker & Stapf, 2009) sowie Kleidung, Frisur und das Aussehen als Elemente der non-verbale Kommunikation betrachtet.

3.2. Non-verbale Kommunikation und die erlernte Sprache

Ein weiterer Aspekt, der für die Therapie in der Muttersprache spricht, ist die non-verbale Kommunikation als Ergänzung zur verbalen Sprache (Westermeyer & Janca, 1997), da die verbale und non-verbale Sprache in der erlernten Sprache nicht übereinstimmen (Marcos, Alpert, Urcuyo & Kesselman, 1973). Yagdiran et al. (2001) weisen auch im Zusammenhang mit türkischen Patienten auf die „Trennung des Affekts vom Inhalt des Gesagten“ (S.380) hin. Es kann daher vorkommen, dass sowohl Patient als auch Therapeut gegenseitig die non-verbale Sprache nicht richtig interpretieren können.

Marcos (1976) weist im Zusammenhang mit Englisch und Spanisch darauf hin, dass in der erlernten Sprache mehr plötzliche / explosionsartige Gestik vorkommt, die nicht mit

³ Nicht verbale Kommunikation wird im Dorsch Psychologisches Wörterbuk mit n.K. abgekürzt.

dem Inhalt übereinstimmt. Die Differenz zwischen der verbalen und der non-verbalen Sprache und der Zustand, dass Patient und Therapeut gegenseitig die non-verbale Sprache nicht richtig interpretieren können, kann für den Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Allianz hinderlich sein. Sie kann auch die Bereitschaft des Patienten, sich zu öffnen, sowie die Bereitschaft des Therapeuten, Hilfe zu leisten, beeinträchtigen.

Zudem birgt dies die Gefahr von Fehldiagnosen in sich. Bereits 1973 wiesen Marcos, Alpert, Urcuyo und Kesselman anhand von Patienten, deren Muttersprache Spanisch und die erlernte Sprache English war, darauf hin, dass wegen der Differenzen im non-verbalen und im verbalen Ausdruck in der erlernten Sprache, häufiger psychopathologische Symptome festgestellt wurden, die zu einer Fehldiagnose von Schizophrenie führten. Westermeyer & Janca (1997) weisen in diesem Zusammenhang auf die Möglichkeit hin, dass Fehldiagnosen auch dadurch entstehen können, dass „Individuals may ‚filter out‘ their distress or malfunction in the second language, thereby appearing less disturbed than they might actually be“ (S. 296).

In Bezug auf türkische Patienten in Deutschland konnte die Studie von Haasen, Yagdiran, Mass & Krausz (2000) nachweisen, dass die Rate von Fehldiagnosen unter türkei-stämmigen Migranten fünfmal höher ist als bei deutschen Patienten. Diese Studie konnte zwar keine starke Korrelation zwischen der non-verbalen Sprachkompetenz der Rater in Türkisch und den unzureichenden Sprachkenntnissen der Patienten nachweisen, dennoch ist es von Bedeutung, dass sie unzureichende Sprachkompetenzen und weitere kulturelle Faktoren als mögliche Gründe für Fehldiagnosen erwägt. Die non-verbale Sprache, die vom Therapeuten wegen ihrer Fremdheit nicht richtig interpretiert werden kann, wird „häufig als ‚demonstrativ-appellativ‘ oder gar als ‚aggravierend‘ eingeschätzt, mit eher negativen Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung“ (Vogelgesang, 2011, S. 5).

3.3. Definition Dolmetschen und Dolmetscher

Dolmetschen bedeutet „einen gesprochenen od. geschriebenen Text für jmdn. mündlich übersetzen“ (Dudenredaktion, 2007, S. 413). Demzufolge ist der Dolmetscher eine Person, die das Geschriebene oder Gesprochene mündlich übersetzt. Das englische Wort für *dolmetschen* ist „act as interpreter“ (Scholze-Stubenrecht, Sykes, Clark & Thyen,

2001,S. 223) oder „work as or be an interpreter“ (S.223) und für Dolmetscher „Interpreter“ (S. 223).

3.3.1 Dolmetscher in der Psychotherapie

Das Thema wird im Rahmen der Masterarbeit diskutiert, da die *Sonnenberger Leitlinien* aus dem Jahr 2002 (siehe Anhang) für den Einsatz von Dolmetschern plädieren.

Ein weiterer Grund für Psychotherapie in der Muttersprache bei unzureichender und fehlender Sprachkompetenz scheint das Problem mit dem Dolmetscher zu sein. Hier werden einige der Probleme dargestellt, die zu berücksichtigen sind:

- **Die Bereitschaft des Patienten, durch einen Dolmetscher mit seinem Therapeuten zu reden, eine Beziehung aufzubauen und aufrechtzuhalten:** Der Einsatz eines Dolmetschers bedeutet für den Patienten, dass er sich nicht nur dem Therapeuten, sondern auch dem Dolmetscher öffnen muss. Unter Berücksichtigung, dass 48% der Personen, die eine psychologische Beratung und / oder eine Psychotherapie aufsuchen, ca. zwei Jahre brauchen bis sie diese in Anspruch nehmen (Saunders, 1993; Manthei, 2005), kann davon ausgegangen werden, dass die Anwesenheit oder bereits die Notwendigkeit eines Dolmetschers diese Zeitspanne verlängern könnte.
- **Die Kompetenz des Patienten und des Therapeuten durch einen Dolmetscher miteinander reden zu können:** Hier sollte beachtet werden, dass bei der Kommunikation durch den Dolmetscher für beide Redner längere Pausen entstehen, die teilweise für nicht-dekompensierte Personen schwierig zu ertragen sind. Darüber hinaus liegt es auf der Hand, dass Gespräche, die mit Dolmetscher geführt werden, mindestens doppelt so lang dauern als eine Therapiestunde ohne Dolmetscher. Dies kann sowohl für den Patienten als auch für den Therapeuten eine Überforderung sein, wenn eine volle Therapiestunde sich zeitlich um das Zweifache verlängert oder wenn die Therapiestunde wegen der Sprachvermittlung eigentlich um die Hälfte verkürzt wird.
- **Finanzierung:** Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass türkeistämmige Patienten, die einen Dolmetscher bedürfen, sozioökonomisch eher nicht stark sind, und Krankenkassen in Deutschland in der Regel für Dolmetscherkosten nicht

aufkommen (Begher, 2009), kann davon ausgegangen werden, dass die Bezahlung eines Dolmetschers problematisch sein kann.

- **Qualitätseinbußen:** Im psychotherapeutischen Rahmen haben „Gedolmetschte Gespräche (...) regelmäßig erhebliche Qualitätseinbußen zur Folge“ (Schmeling-Kludas; Fröschlin & Boll-Klatt, 2003, S. 369). Diese Äusserung kann folgenderweise begründet werden: Die emotional geladenen Aussagen des Patienten werden durch Dolmetscher dem Therapeuten vermittelt, wobei der Dolmetscher nicht die Rolle einer „Black Box“ (Westermeyer, 1990, S. 748) spielen kann, der lediglich die Wörter entschlüsselt (Westermeyer, 1990). „(...) the interpreter is not and cannot be a ‚black box‘ (S. 748). Die Aussagen des Patienten werden durch den Filter des Dolmetschers weiter an den Therapeuten geleitet, und ist – wie das englische Wort für Dolmetscher hindeutet /anzeigt – eine Interpretation der Aussage, aber nicht die Aussage selbst. So berichtet Rodewig (2000), dass „ein türkischer Dolmetscher so sehr mit seiner Kultur identifiziert war, dass er den Patienten vor Scham bewahren wollte und manche Äußerungen nicht oder nur unvollständig übersetzte bzw. den Patienten ermahnte, auf bestimmte Fragen nicht zu antworten“ (S. 354).
- **Setting:** Durch die Anwesenheit des Dolmetschers in der Therapiesitzung wird die Patient-Therapeut-Dyade zu einer Dolmetscher-Patient-Therapeut-Triade (vgl. Westermeyer, 1990). Somit ist der Dolmetscher ein Teil des therapeutischen Settings und stellt hinsichtlich des Beziehungsaufbaus bzw. der Beziehung sowie der Übertragung und Gegenübertragung eine neue Herausforderung dar, die für alle drei Teilnehmer des Settings belastend sein kann. Beim Einsatz des Dolmetschers sind jetzt nicht nur die zwei Faktoren der Kombination *Beziehung Patient-Therapeut und Therapeut-Patient* zu berücksichtigen, sondern sechs Faktoren und zusätzlich der Faktor des gemeinsamen Funktionierens der Triade Patient-Dolmetscher-Psychotherapeut.

Des Weiteren stellen sich Fragen wie die Gewährleistung der „Dolmetscherkonstanz“ (Zeiler & Zarifoğlu, 1997, S. 311) und der Supervision des Dolmetschers im Hinblick auf seine emotionale Belastung.

3.3.2. Ungeschulte Dolmetscher

„Im therapeutischen Alltag kommen gewöhnlich ungeschulte Kräfte – im Krankenhaus oft Küchen- und Reinigungspersonal – als ‚Dolmetscher‘ zum Zuge“ (Zeiler & Zarifoğlu, 1997, S. 310) und / oder auch Familienangehörige. Wie aus der einschlägigen Fachliteratur zu entnehmen ist, hat sich diese Situation im Laufe der Jahre nicht verbessert. Ein Zeichen dafür ist, dass die *Sonnenberger Leitlinien* von 2002 weiterhin thematisiert werden, die unter anderem „Organisation und Einsatz psychologisch geschulter Fachdolmetscher als zertifizierte Übersetzer und Kulturmediatoren ‚face-to-face‘ oder als Telefondolmetscher“ (Machleidt, Koch, Calliess, Schepker & Salman, 2011, S. 136) fordern.

Abgesehen davon, in wie weit der Patient bereit ist, sich einem zusätzlichen Fremden anzuvertrauen, und in wie weit diese ungeschulte Dolmetscherkraft Kompetenzen für das Dolmetschen besitzt, stellt sich bei ungeschulten Dolmetschern die Frage der Geheimhaltung, der „Interpretation der nonverbaler Kommunikation“ (S. 311) und der psychischen Belastung (Zeiler & Zarifoğlu, 1997, S. 311).

Bei der Einsetzung eines Familienmitglieds – meistens Kinder des Patienten – als Dolmetscher stellt sich die Frage, in wie weit dies angemessen ist, wenn der Patient innerfamiliäre Konflikte ansprechen (Zeiler & Zarifoğlu, 1997) oder von traumatischen Ereignissen, schuld- und schambesetzten Erlebnissen und Wünschen berichten möchte. Abgesehen davon kann der Patient, der auf die Sprachvermittlung eines anderen Familienmitglieds angewiesen ist, in den Augen des dolmetschenden Familienmitglieds „in die Rolle des hilfsbedürftigen, defizitären Familienmitglieds [rücken], aus der die psychotherapeutische Behandlung [ihn] ja gerade herausführen möchte“ (Begher, 2009, S. 109). Somit kann die Lösung des Sprachproblems durch einen Dolmetscher aus dem Familienkreis sowohl für den Patienten als auch für das dolmetschende Familienmitglied eine Überforderung sein.

Diese Arbeit will im Allgemeinen nicht den Dolmetschereinsatz in der medizinischen Versorgung in Frage stellen. Dennoch sollte ein Dolmetscher in der psychischen und psychiatrischen Versorgung bzw. Psychotherapie erst dann eingesetzt werden, wenn Möglichkeiten einer muttersprachlichen Therapie nicht vorhanden sind und wenn Patient und Therapeut keine gemeinsame Sprache sprechen, in der sie sich gut verständigen können.

Wie Brähler et al. (2010) darauf hinweisen, ist „die therapeutische Beziehung als wichtiger Wirkfaktor viel schwerer herzustellen (...), wenn keine direkte Kommunikation zwischen Therapeut und Patient möglich ist“ (S. 161). Die Therapie in der Muttersprache zeigt sich dabei als optimale und die Therapie in einer gemeinsamen Sprache gilt als suboptimale Lösung (Gün, 2009). Die Verwendung der Muttersprache trägt dazu bei, dass Zugangsbarrieren für den Patienten mit Migrationshintergrund gesenkt (Kahraman, 2007) und Fehldiagnosen minimiert werden; ebenso wird eine tragfähige Beziehung zwischen dem Therapeuten und dem Patienten aufgebaut und erhalten. Es kann dem Patienten die Angst genommen werden, in einer erlernten Sprache Fehler zu machen, und sich dem einheimischen Therapeuten gegenüber unterlegener zu fühlen. Das gegenseitige Verstehen und richtige Deuten der non-verbalen Sprache zwischen Therapeut und Patient ist ein weiterer Vorteil der muttersprachlichen Therapie, die die Beziehung zwischen Patient und Therapeut unterstützt. Durch die muttersprachliche Therapie kann die Dyade zwischen Therapeut und Patient erhalten werden.

Darüber hinaus signalisiert ein „muttersprachliches Angebot (...) Wertschätzung gegenüber Personen mit Migrationshintergrund“ (Kahraman, 2007, S. 199). Dies ist besonders wichtig in einer sozialen Umwelt, in der sie sich nicht geschätzt fühlen und das Gefühl haben, sich ständig erklären zu müssen. Denn „Je grösser die Unterschiede zwischen Migrantin und Psychotherapeutin sind, desto mehr Zeit und Mühe sind erforderlich, um gemeinsam eine Hypothese über die Entstehung des Leidens der Patienten zu erstellen und notwendige Therapieschritte zu planen“ (Vogelgesang, 2011, S. 7). In diesem Zusammenhang ist die Muttersprache das wichtigste Instrument, das die Unterschiede zwischen Patient und Therapeut aufhebt.

4. Das Bild des türkeistämmigen Patienten

Koch (1996) beschreibt den türkischen Patienten als eine Person, für die die Krankheit ein „Ausweg“ (S. 63/33) ist, der in „schwierigen Lebenssituationen (...) Schutz vor Gesichtsverlust und Überforderung“ (S. 32/62) bietet. Beim türkeistämmigen Patienten handelt es sich um einen „rationaler Verarbeitung nicht zugänglichen, einfachen und typischen ‚Anatolier‘“ (S.63/33), dem „Verarbeitungs- und Bewältigungsstrategien“ (S. 63/33) fehlen. Als Kranker wird er in der Familie „bis zur Genesung“ (S.32/62) von sämtlichen „Pflichten entbunden“ (S. 32/62) und hat dadurch einen hohe[n] und

dauerhafte[n] sekundäre[n] Krankheitsgewinn, der die „Therapieresistenz“ (S. 32/62) fördern kann.

Rodewig (2000) beschreibt den türkeistämmige Patienten auch eher als therapieresistent (vgl. auch Schmeling-Kludas, Boll-Klatt & Fröschlin, 2000), allerdings führt er diese Haltung nicht auf den sekundären Krankheitsgewinn zurück, sondern auf die Annahme, dass türkeistämmige Patienten, „individuelle Bedürfnisse nicht pflegen“ (Rodewig, 2000, S. 353) können und sich bei ihnen, „die Fähigkeit zum Nachspüren eigener Wünsche sowie die zur Selbstreflexion“ (S. 353) auf Grund der sozio-ökonomischen und familiären Situation nicht „besonders entwickeln“ (S. 353) konnten.

Der Umgang mit dem türkeistämmigen Patienten ist schwierig:

Die oft laute, demonstrative Darstellung der körperlichen Leiden stößt beim Arzt auf Befremden und Unverständnis, löst gelegentlich sogar Aggression aus. Nicht selten führt diese Ausdrucksform dazu, daß die Beschwerden vom Arzt nicht mehr ernst genommen werden“ (nach Koch, 1996, S. 61/31). Und dann ist der Weg zur Annahme von Aggravation oder Simulation nicht mehr weit. (Koch, 1996, S. 61/31; vgl. Vogelgesang, 2011).

Dass sich weder an der Haltung der türkeistämmigen Patienten noch an der Haltung der Dienstleistenden der medizinischen Versorgung nicht viel geändert hat, belegen Zeitungsartikel wie zum Beispiel derjenige über einen Todesfall wegen einer Fehldiagnose „Schon wieder so ein Fall von Morbus Mediterraneus“ (FAZ, 2011; S. 1), wobei *Morbus Mediterraneus* folgendermassen erklärt wird:

Der sogenannte „Morbus Mediterraneus“ oder auch „Morbus Bosphorus“ beschreibt eine in unseren Breiten als eher ungewohnt und überzogen empfundene Form der Schmerzäußerung von Menschen aus südlichen Ländern.

Während man im mitteleuropäischen Raum seine Schmerzen eher ruhig und still ertrage, brächten Menschen südeuropäischer und orientalischer Kulturen diese oft sehr lautstark und für ihre Umgebung sichtbar zum Ausdruck (FAZ, 2011, S1).

Die Art und Weise des türkeistämmigen Patienten, seinen Schmerz auszudrücken, ist für den einheimischen Therapeuten ungewohnt und unverständlich. Sie kostet „Zeit und Mühe“ (FAZ; 2011, S.2; Vogelgesang, 2011, S. 7; vgl. auch Dammann, 1995; Zeiler &

Zarifioğlu, 1997; Hackenbroch, 2004). Es kann in der Psychotherapie auch dazu kommen, dass der Therapeut sich überfordert und verunsichert fühlt und den Patienten ablehnt oder weiterverweist (Behrens & Callies, 2011; vgl. Hackenbroch, 2004). Behrens & Callies (2011) beschreiben zwar nicht ausdrücklich die Probleme in der Psychotherapie mit türkeistämmigen Patienten, jedoch allgemein mit Patienten mit Migrationshintergrund, die auch für türkeistämmige Patienten gelten dürften.

4.1. Der türkeistämmige Patient und psychische Beschwerden

„Psychische Probleme werden von türkischen Ratsuchenden in der Regel eher indirekt genannt, sie haben eher beiläufigen und marginalen Charakter und stehen meist im direkten Zusammenhang mit Äußerungen sozialer Belastungen und körperlicher Beschwerden“ (Steinmann & Wagner, 1986, S. 16).

Dass sich türkeistämmige Patienten überwiegend mit körperlichen Beschwerden an einen Arzt, vornehmlich an den Hausarzt wenden, kann mit Vertrauen gegenüber dem Arzt oder Therapeuten und im Zusammenhang mit den Eigenschaften der Herkunftskultur erklärt werden. Zeiler & Zarifioğlu streifen bereits 1996 die Frage des Vertrauen und bemerken, dass Patienten mit Migrationshintergrund wegen ihrer „mißtrauische[n] Haltung gegenüber Ärzten und Behörden (...) psychische Beschwerden und familiäre Probleme (...) verbergen“ (S. 318) und es bevorzugen „sich mit leiblichem Beschwerdebild an ihren Hausarzt zu wenden“ (S. 318).

Kızıllhan (2011b) konstatiert, dass „Menschen aus traditionell ländlichen Regionen (...) in der Regel von einer kollektiven Denkweise geprägt sind, in der persönliche Wünsche, Interessen und Beschwerden eines Einzelmitglieds als sekundär betrachtet werden“ (S. 22). Psychische Beschwerden und innerpsychische Konflikte, insbesondere jene, die mit Scham und Gesichtsverlust verbunden sind und daher für die Familie bzw. Familienehre belastend sein können, werden nicht ausgesprochen. Diese werden aber über körperliche Beschwerden zur Sprache gebracht, da in der kollektiven Familienstruktur „dem Körper des Individuums (...) eine Erkrankung ‚erlaubt‘“ (Kızıllhan, 2011b, S. 22; vgl. Kızıllhan, 2012) ist. Erst wenn Patienten „Vertrauen in die Verschwiegenheit ihres Therapeuten“ (Kızıllhan, 2012, S. 59) entwickeln können, werden psychische Konflikte und

traumatische Ereignisse ausgesprochen (Kızıllhan, 2012), wovon der Therapiererfolg abhängt.

Türkeistämmige Patienten werden überwiegend wegen Schmerzstörungen, psychosomatischen Störungen und dissoziativen Störungen (Konversionsstörungen) psychotherapeutisch behandelt (Erim, 2009; Kızıllhan, 2012).

Für türkeistämmige Patienten gilt, „dass sie ihre Beschwerden einerseits sehr leibnah und andererseits ganzheitlich präsentieren“ (Ete, 2000, S. 105). Nach Ete (2000) fühlen sich türkeistämmige Patienten „insgesamt ‚gesund‘ oder ‚krank‘“ (S. 106). Sie „benennen ihre Beschwerden nicht richtig“ (S. 106) und „machen keine exakten Angaben über ihre Beschwerden (z.B. ‚mir tut alles weh‘, ‚ich habe immer Kopfschmerzen‘, ‚alles kaputt‘, ‚keine Kraft‘, ‚keine Moral‘, ‚schwindelig, immer zittern‘)“ (S.106). Im Vergleich zu deutschen Patienten gelingt es ihnen nicht, eine „exakte differenzierte Beschwerdenbeschreibung“ (S. 106) zu machen, und sie erwarten vom Arzt „eine aktive Beschwerdenerfragung“ (S. 106) und anschliessend eine Aussage darüber, was ihre Krankheit ist (Ete, 2000). Hier ist das grosse soziale Gefälle (in der Türkei) zwischen dem studierten und sozial hochangesehenen Arzt und dem höchstwahrscheinlich bildungsfernen und sozial unterprivilegierten Patienten zu beachten (Ete, 2000). „Türkische Unterschichtpatienten äußern ihre Beschwerden allgemein und ungenau, um damit ihre Achtung vor der Rolle, der Kompetenz und dem Wissen des Arztes auszudrücken“ (S. 107).

Dass psychische Leiden nicht ausgesprochen werden und als leibnah und ganzheitlich erlebte körperliche Beschwerden und Schmerzen zum Ausdruck gebracht werden, weist darauf hin, dass die Krankheit selbst „als eine Sprache verstanden werden [kann/muss], mit der Migranten Konflikte zu formulieren versuchen, die für sie unlösbar und auf anderen Wegen nicht vermittelbar sind“ (Kiesel, Kriechhammer-Yagmur, von Lüpke, 1994, S. 7).

4.2. Subjektive Krankheitskonzepte / Krankheitsvorstellungen / Erklärungsmodelle türkeistämmiger Patienten

Subjektive Krankheitsvorstellungen werden als „die Summe aller Meinungen, Deutungen, Erklärungen und Vorhersagen bezüglich Störungen des Gesundheitszustandes eines

Menschen“ (Linden, 1985, S. 8) verstanden. Nach dieser Definition hängen Behandlungsmotivation, Genesungswille und -bereitschaft, Kooperationsbereitschaft in Bezug auf die Behandlung, sekundärer Krankheitsgewinn sowie Erwartungen von der Therapie mit dem subjektiven Krankheitskonzept zusammen.

Ausgehend davon, dass die türkeistämmigen Patienten, um die es in dieser Arbeit schwerpunktmäßig geht, eher Angehörige der zweiten und dritten Migrationswelle aus der Türkei sind, werden einige magische und religiöse subjektive Krankheitskonzepte vorgestellt, die vom Krankheitskonzept des Arztes, das eher wissenschaftlich-medizinisch sein dürfte, weit abweichen können:

Nazar (der Blick): Hier handelt es sich um den neidenden Blick anderer Personen, die einen Schaden bezüglich der Gesundheit, der guten Finanzen und der guten Beziehungen verursachen können. Dieser schadende Blick kann sowohl von einer feindlich gesinnten als auch von einer wohlwollenden Person absichtlich oder unabsichtlich ausgehen. *Nazar* kann auch durch Selbstlob, Selbstgefälligkeit / Selbstzufriedenheit von der betroffenen Person selbst ausgelöst werden. Um den bewussten oder unbewussten Neid anderer nicht an sich zu ziehen, vermeidet man, darüber zu reden, was bei dem anderen Neid verursachen könnte. Hier muss angemerkt werden, dass Neid nach dem Verständnis in der Türkei nicht ein Gefühl ist, das vom Neidenden kontrolliert werden kann und bössartig sein muss. Ein weisses, gelbes oder blaues Glasauge kann die Person vor *Nazar* schützen (Kızıllhan, 2012; Enginer, 2003).

Cin (Dämon): *Cin* sind unsichtbare, unberechenbare und übernatürliche Wesen, die bei einer Person, mit der sie sich beschäftigen, geistige Verwirrung, Angst, Fehlverhalten und auch körperliche Behinderung und Lähmungen, insbesondere Gesichtslähmungen und Epilepsie, verursachen können. Diese können durch Amulette, Talismane, Besuch von heiligen Orten, Rezitieren der Koranverse, Gegenzauber von kundigen Personen, meistens Hodschas, ferngehalten und verjagt werden (Kızıllhan, 2012; Kızıllhan, & Haag, 2011).

Alın yazısı /Kader (Stirnschrift / Schicksal / Vorhersehung): *Alın yazısı / Kader* ist das durch Gott determinierte Schicksal, das dem Menschen bei/vor seiner Geburt mitgegeben wird. Es ist im weitesten Sinne Gottes Wille, den man nicht in Frage stellt. Dazu gehört Gutes wie Böses, Glück wie Unglück, Krankheit wie Gesundheit (Franz, Lujic, Koch, Wüsten, Yürük, Gallhofer, 2007). Der Glaube an *Kader* ist

eine der Voraussetzungen des islamischen Glaubens. Wie alles liegt auch Krankheit und Gesundheit im Ermessen Gottes, und wie viel davon einem Menschen zuteilwird, liegt ebenfalls im Ermessen Gottes. Wann und in welcher Form die Abrechnung für unberechtigt zugefügtes Leid, Unglück und Ungerechtigkeit kommt, und für was eigentlich abgerechnet wird, ist dem menschlichen Wissen nicht unbedingt zugänglich und liegt auch im Ermessen Gottes (vgl. Zielke-Nadkarni, 2011). Im Zusammenhang mit dem islamischen Krankheitsverständnis bemerkt Kızıllhan (2011c), dass „drei Krankheitsdeutungen eine besondere Rolle“ (S. 20) spielen: „die *Krankheit als Prüfung Gottes, als Sündenvergebung* und *als Vorhersehung* (arabisch Qadar)“ (S. 20).

Dass Etikettierung / Zuschreibungen und unerfüllte Liebe krank machen, insbesondere seelische Krankheiten auslösen können, gehören zu den weiteren subjektiven Krankheitskonzepten (Ataman, 2011).

Ein magisch-religiöses Krankheitskonzept bzw. eine Erklärung der Krankheitsursache mit *Nazar* und *Cin* lässt dem Betroffenen wenig Spielraum für eine aktive Haltung gegen die Krankheit (vgl. Brandes, Gerken & Walter, 2009). Das Einzige, was der Betroffene dagegen tun kann, ist möglicherweise eine Haltung einzunehmen, die beides von ihm fernhält. Dies könnte zu einem Rückzug, zu Einschränkungen und zur Aufgabe von Lebensbereichen führen, die Neid und Ärger verursachen könnten. Im Fall, dass die Krankheit als *Kader*, als Gottes Ermessen, betrachtet wird, ist davon auszugehen, dass dies bei der betroffenen Person zu einer Hinnahme, zu einer duldbaren Annahme, führt. Letztendlich würde dies bedeuten, dass die Ursache der Krankheit nicht externalisiert wird – obwohl sie von aussen hinzugefügt wird –, sondern eher selbstverschuldet ist. Damit lässt sich die „passive Versorgungshaltung“ (Koch, 1995, S. 63), die durch einheimische Versorger gering empfundene Genesungs- und Kooperationsbereitschaft sowie die „geringere Motivation zur Prävention und geringer ausgeprägte Kontroll- und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen“ (Brandes et al., 2009, S. 127) erklären.

5. Was ist Rehabilitation?

Was Rehabilitation und ihre Ziele bei psychischen Störungen sind und wann Rehabilitation indiziert ist, wird von Jäckel, Hoffmann & Weig (2010) folgendermassen zusammengefasst:

Rehabilitation ist die Summe aus den Maßnahmen und Leistungen, die notwendig und Erfolg versprechend sind, um bei Menschen mit psychischen Störungen überdauernde Funktionsstörungen und daraus resultierende Beeinträchtigungen oder Gefährdungen relevanter Aktivitäten wiederherzustellen und die Teilhabe an Lebensbereichen, wie Bewältigung des Alltags, Beschäftigung und Berufsausübung, soziale Kontakte und Freizeitgestaltung, durch gezielte Interventionen nachhaltig zu erhalten (...).

Rehabilitation bei psychischen Störungen ist dann indiziert, wenn die Funktionsstörung auf einer psychischen Störung im Sinne von Kapitel F der ICD-10 basiert, Rehabilitationsbedarf besteht, Rehabilitationsfähigkeit vorliegt und eine günstige Rehabilitationsprognose vorliegt (Jäckel et al., 2010, S. 27).

Petermann & Smolenski (2012) weisen darauf hin, dass psychische und psychosomatische Krankheiten „die Hauptursache für langfristige Behinderung“ (S. 313) darstellen und dass die „Fälle von Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Krankheiten (...) sich in den letzten 15 Jahren verdoppelt“ (S. 313) haben. In diesem Zusammenhang stellen sie anhand von verschiedenen Studien und einer Metaanalyse fest, dass die „Wirksamkeit der psychosomatischen Rehabilitation (...) als gesichert“ (S. 313; vgl. auch Kobelt, Winkler & Petermann, 2011) gilt. Diese Masterarbeit geht von dieser Annahme für deutsche Patienten aus.

5.1. Türkeistämmige Patienten und Rehabilitation

Es werden in verschiedenen Kliniken für Psychosomatik Rehabilitationsmassnahmen mit anschliessender psychosozialer Beurteilung für türkeistämmige Patienten in Türkisch angeboten, da sie „verstärkt von psychischen Erkrankungen betroffen“ (Kobelt, Göbber & Petermann, 2011, S. 475) sind. Andererseits steigt die Zahl der türkeistämmige Patienten, die das Angebot der psychosomatischen Rehabilitation wahrnehmen (Schmeling-Kludas

et al., 2000). Neben der Zunahme des Angebots in türkischer Sprache kann die Zunahme des Inanspruchnahmeverhaltens von Rehabilitation bzw. psychosomatischer Rehabilitation und Psychotherapie im Zusammenhang folgender Tatsachen gesehen werden:

- Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass Türkeistämmige in Deutschland durch Heimatreisen, TV-Angebote und Kommunikationsmittel eine intensive Beziehung zur Türkei pflegen, kann davon ausgegangen werden, dass sie die positive Einstellung gegenüber Psychologen und Psychotherapie in der Türkei übernommen haben. Die positive Einstellung entstand in der Türkei insbesondere nach der Erdbebenkatastrophe im Jahre 1999 durch die freiwillige Arbeit des Psychologenverbands in betroffenen Dörfern, Kleinstädten und Städten. Dazu tragen auch das positiv vermittelte Bild von Psychologen in beliebten TV-Serien und die obligatorischen Beratungsstellen im schulischen und hochschulischem Bereich bei (Ataman, 2011).
- Die Abnahme der Sorge, „das Recht auf Auszahlung der Rentenversicherungsbeiträge bei vorzeitiger Rückkehr ins Heimatland zu verlieren“ (Brandes et al., 2009, S. 131, vgl. auch Kızıllhan & Haag & Bengel, 2011).
- Änderungen durch das Gesundheitsstrukturgesetz von 1996 brachten Einschnitte und Belegungsprobleme mit deutschen Patienten mit sich und führten – aus wirtschaftlichen Gründen – zu einem erhöhten Angebot für Patienten mit Migrationshintergrund (Kızıllhan et al., 2011).

5.2. Türkeistämmige Patienten in der Rehabilitation im Vergleich zu deutschen Patienten

Im Vergleich zu deutschen Patienten führen depressive und somatoforme Störungen (Diefenbacher & Heim, 1994; Schmeling-Kludas et al., 2000; Kobelt, Göbber & Petermann, 2011;) türkeistämmige Patienten häufiger zur Rehabilitation. Nach dem heutigen Stand der wissenschaftlichen Untersuchungen werden „in psychosomatischen Rehabilitationskliniken nach der Depression somatoforme Erkrankungen als die häufigste Diagnose“ (Kızıllhan et al., 2011, S. 10; vgl. Kızıllhan, 2009) gestellt. Bereits 1994 wurde dargelegt, dass vegetativ-somatische Symptome bei depressiven türkeistämmigen Patienten im Vergleich zu deutschen Patienten häufiger auftreten (Diefenbacher & Heim, 1994).

Nach fünfjähriger Erfahrung mit Behandlungen von 800 türkeistämmigen stationären Rehabilitationspatienten von 1995 bis 2000 in türkischer Sprache beschreiben Schmeling-Kludas et al. (2000) diese als Patienten mit „chronisch verlaufende[n] psychosomatischen Erkrankungen, die zu langen Arbeitsunfähigkeitszeiten geführt haben“ (S. 81). Sie leiden häufig „unter traumatisierende[n] Erfahrungen mit offener Gewalt und massiv beeinträchtigenden Unfällen“ (S. 81) und stehen daher „unter einem starken Beschwerdedruck“ (S. 81). So zeigt sich bei türkeistämmigen Patienten zu Beginn der Therapie „in allen eingesetzten Selbsteinschätzungsskalen eine signifikant höhere Gesamtbelastung als die Patientengruppe ohne Migrationshintergrund“ (Möske et al., 2008, S. 181).

Kızıllhan (2008) legt in seiner vergleichenden Studie dar, dass türkeistämmige Patienten im Vergleich zu deutschen Patienten „häufiger über Schmerzen klagen“ (S. 361). Während „[l]ediglich knapp 20% der deutschen Patienten“ (S. 361) über ihre Schmerzen berichten, berichten „über 70% türkischstämmige Patienten“ (S. 361) von ihren Schmerzen (vgl. auch Kızıllhan et al., 2011a). Die höhere und häufigere Schmerzbetonung scheint allerdings eher Patienten mit Migrationshintergrund, insbesondere Patienten aus nicht-westlichen Kulturen, zugeschrieben zu werden (vgl. Brucks, 2004).

Im Vergleich zu deutschen Patienten ist der Bildungsstand der türkeistämmigen Patienten sehr gering bis nicht vorhanden (Möske et al., 2008; vgl. auch Ferber, Köster, Celayir-Erdoğan, 2003; Kızıllhan, 2008).

Ein weiterer Punkt, in dem sich deutsche und türkeistämmige Patienten voneinander unterscheiden, ist der signifikant häufigere Rentenwunsch bei türkeistämmigen Patienten (Kobelt, Göbber & Petermann, 2011; Göbber et al., 2010), der eine Erklärung für geringere Behandlungserfolge bietet (Göbber et al., 2010). Hier ist davon auszugehen, dass dieser höhere Rentenwunsch möglicherweise wegen Chronifizierung von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen entsteht, die schon aufgrund der Sprachbarriere nicht rechtzeitig erkannt und behandelt werden konnten und letztendlich die Leistungsfähigkeit beeinträchtigen (vgl. Kızıllhan, 2007). Allerdings ist hinsichtlich des häufigeren Rentenwunsches auch zu erwähnen, dass dieser im Zusammenhang mit dem im Vergleich zu Deutschland wesentlich niedrigeren Rentenalter in der Türkei⁴ stehen könnte.

⁴ Frauen, die vor dem 08.09.1999 eingestellt wurden, können nach 20 Jahren und Männer, die vor dem 08.09.1999 eingestellt wurden, nach 25 Dienstjahren pensioniert bzw. berentet werden. Personen, die

5.3. Behandlungserwartungen der türkeistämmigen Patienten

Es wird von Steinmann und Wagner (1986) dargelegt, dass türkeistämmige Patienten „eine sehr kurzfristig orientierte Heilungserwartung“ haben (S. 40). Diese Erwartung von kurzfristigen Behandlungen wird auch von Schmeling-Kludas et al. (2000) in Bezug auf türkeistämmige Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen bestätigt.

Darüber hinaus wird angenommen, dass türkeistämmige Patienten weniger von der Wirksamkeit einer psychotherapeutischen Behandlung überzeugt sind als deutsche Patienten (Franz et al., 2007). Kızıllhan (2008) berichtet zusätzlich, dass türkeistämmige Patienten im Vergleich zu deutschen Patienten glauben, „weniger Einfluss auf ihre Behandlung zu haben“ (S. 357). So nehmen türkeistämmige Patienten zur Beginn der Therapie „oft eine passive Haltung“ (Schmeling-Kludas et al., 2000, S. 81) ein, „so daß ein Arbeitsbündnis für eine Psychotherapie erst erarbeitet werden muß“ (Schmeling-Kludas et al. 2000, S. 81). Hier ist darauf hinzuweisen, dass türkeistämmige Patienten „in der allgemeinmedizinischen Versorgung oft sehr lange im Einverständnis zwischen Arzt und Patient symptombezogen mit Medikamenten behandelt werden“ (Brucks, 2004, S. 230) und in vielen Fällen eine „Übermedikalisierung“ (Franz et al. 2007) vorhanden ist. Die Möglichkeit einer Psychotherapie wurde vermutlich auch von der Versorgerseite im Laufe der zurückliegenden Jahre schon wegen der Sprachbarriere nicht erwogen beziehungsweise nicht angeboten. Nach Angaben von Kızıllhan (2010) nehmen knapp 86% der türkeistämmigen und knapp 87% der deutschen Patienten vor dem Klinikaufenthalt einen Psychotherapeuten als Hilfequelle in Anspruch, was darauf hindeuten dürfte, dass durchaus eine Bereitschaft zur Psychotherapie vorhanden ist, sofern sie angeboten wird (Kahraman, 2008; Erim, 2009).

5.4. Rehabilitationserfolg bei türkeistämmigen Patienten

Die türkeistämmigen Patienten werden von Schmeling-Kludas et al. (2003) aus psychotherapeutischer Sicht „wegen des überwiegend somatischen Krankheitsmodells,

zwischen dem 08.09.1999 und 30.04.2003 eingestellt wurden, können nach 25 Jahren pensioniert bzw. berentet werden, wobei Frauen mit 48 Jahren und Männer mit 50 Jahren in Pension / Rente gehen können. Bei Einstellungen nach dem 01.05.2008 wird das Pensions- und Rentenalter stufenweise angehoben.

weitgehend passiver Behandlungserwartungen und einer schlechten Introspektionsfähigkeit“ (S. 369) als „besonders schwer erreichbar“ (S. 369) betrachtet. Aufgrund ihrer 5-jährigen Erfahrung mit türkeistämmige Patienten nennen sie auch den Mangel, „die Psychogenese ihrer psychosomatischen Erkrankungen anzuerkennen“ (Schmeling-Kludas et al. 2000, S. 81), als weiteren Grund.

Franz et al. (2007) berichten von einem eher schlechten Behandlungserfolg bei türkeistämmigen Patienten, den sie im Zusammenhang mit der geringen Bildung, den subjektiven Krankheitsvorstellungen, der externalen Krankheitsattribution sowie „eine[r] stärkere[n] Chronifizierung und eine[r] bereits zu Beginn der Behandlung stärkere[n] Symptombelastung“ (S. 336) sehen.

Brause, Reutin, Razum & Schott (2012) berichten davon, „dass Menschen mit türkischer Herkunft seltener von einer Rehabilitation profitieren“ (S. 287). Diese Aussage bezieht sich im Vergleich zu nicht-türkischen Patienten auf körperliche Erkrankungen und „psychische [Erkrankungen]/Verhaltensstörungen“ (S. 287). Für den schlechten Behandlungserfolg werden in dieser Studie „sprachliche(n) Verständigungsschwierigkeiten“ (S. 287), kulturelle Unterschiede und unterschiedliche Krankheitskonzepte genannt.

Möske et al. (2008) berichten in ihrer Studie vom Resultat einer Behandlung türkeistämmiger Patienten, die in Deutsch durchgeführt und mit Messinstrumenten in Deutsch evaluiert wurde. Hier zeigte sich, dass türkeistämmige Patienten „weniger von der stationären Behandlung profitieren als Patienten ohne Migrationshintergrund“ (S. 181). Der schlechte Therapieerfolg wird „auf die stärkere Ausgangsbelastung (...) sowie die ungünstigere Ausgangssituation hinsichtlich einiger soziodemografischer Variablen zurückgeführt“ (S. 181). Möske et al. (2008) weisen selbst darauf hin, dass in diesem Fall das therapeutische Angebot in Deutsch für türkeistämmige Patienten mit geringen Sprachkenntnissen nicht geeignet sein könnte.

Die Untersuchung von Kızıllhan et al. (2011) berichtet vom Therapieerfolg bei türkeistämmigen und deutschen Patienten anhand von Daten, die mit der Symptom-Checkliste-SCL-90-R in einem Zeitraum von zehn Jahren erreicht wurde. Kızıllhan et al. (2011) berichten von einem Therapieerfolg im Sinne einer „deutliche[n] Verbesserung auf allen neun Skalen des SCL-90 R“ (S. 12). Dennoch weisen sie darauf hin, dass die

Skalenwerte des SCL-90 R „sowohl bei der Aufnahme als auch bei der Entlassung im Vergleich zu deutschen Patienten immer noch höher“ (S. 12) waren. Sie bemerken diesbezüglich, dass türkeistämmige Patienten im Vergleich zu deutschen Patienten „ihre Beschwerden durchgehend höher bewerten, was im engen Zusammenhang mit dem unterschiedlichen Krankheitsverständnis und der Krankheitsverarbeitung zu sehen ist“ (S. 12–13). Darüber hinaus weisen die Autoren im Zusammenhang mit der höheren Symptombelastung auf den niedrigen Bildungsstand und den höheren Rentenwunsch im Vergleich zu deutschen Patienten hin. Auch Brähler et al. (2010) stellen geringere Behandlungserfolge bei türkeistämmigen Patienten fest und ziehen als Begründung unter anderem auch die Schichtzugehörigkeit in Betracht.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass in allen Studien die höhere (Symptom)Belastung erwähnt wird. Erim & Senf (2006) schreiben im Zusammenhang der psychischen Versorgung von Migranten, dass deren Leiden „in der Primärversorgung oft zu spät erkannt werden“ (S. 186) und dass „eine komorbide somatische Erkrankung (...) die Feststellung von psychischen Problemen“ (S. 186) behindert. Unter diesem Aspekt ist es denkbar, dass nicht nur die kollektive Gesellschaftsstruktur, die unterschiedlichen Krankheitskonzepte und die Krankheitsverarbeitung eine höhere Symptombelastung zur Folge haben, sondern dass eine durch unzureichende Deutschkenntnisse verspätete Diagnose und die dadurch begünstigte Chronifizierung von psychischen und psychosozialen Problemen eine höhere Symptombelastung verursachen.

Ausgehend davon ist im Zusammenhang mit dieser Masterarbeit zu erwarten, dass der Therapieerfolg bei einer stationären Behandlung von türkeistämmigen Patienten von vier Wochen geringer ausfallen wird als bei deutschen Patienten, die zudem einen höheren Bildungsstand und möglicherweise subjektive Krankheitsvorstellungen haben, die den Therapieerfolg begünstigen können. Erim & Senf (2006) stellen fest, dass auch bei Menschen aus kollektiven Kulturen westliche Therapiemethoden wirksam sind, da „beide Werte, Autonomie auf der einen Seite und familiäre Kohäsion auf der anderen Seite, in der Therapie durchaus vereinbar sind und auch traditionelle Kulturen die Individualisierung als Ziel der persönlichen Reifung akzeptieren“ (S.186; vgl. auch Kağıtçıbaşı, 1990; Hofstede & Hofstede, 2009).

6. Empirischer Teil

6.1. Begründung, Fragestellung und Hypothesen

Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die gesundheitliche bzw. psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung der Migranten in den letzten Jahren verstärkt thematisiert wird und Massnahmen zur Verbreitung des muttersprachlichen Therapie- und Rehabilitationsangebots zunehmend getroffen werden, beschäftigt sich die vorliegende Masterarbeit mit dem Therapieerfolg in der Muttersprache bei Patienten mit Migrationshintergrund.

Da türkeistämmige Patienten zahlenmässig die grösste Gruppe unter Migranten ausmachen und muttersprachliche Therapie bzw. Rehabilitationsmassnahmen überwiegend und zunehmend für türkischsprechende Patienten angeboten werden, ergibt sich daraus die folgende Fragestellung: Unterscheidet sich der Erfolg einer muttersprachlich durchgeführten Therapie bei Patienten mit Migrationshintergrund aus der Türkei von Patienten ohne Migrationshintergrund?

Zur Beantwortung dieser Fragestellung werden folgende Hypothesen geprüft:

- Bei einem stationären Rehabilitationsaufenthalt mit muttersprachlicher Psychotherapie kann bei türkeistämmigen Patienten ein Therapieerfolg wie bei deutschen Patienten erzielt werden.
- Es zeigen sich signifikante Unterschiede bei Patienten mit Migrationshintergrund und Patienten ohne Migrationshintergrund in den Subskalen des SCL-90-R und im BDI sowohl bei der Aufnahmebefragung als auch bei der Befragung nach 4 Wochen.
- Bei türkeistämmigen Patienten haben Faktoren wie die vorherige Erfahrung mit einem deutschsprachigen Therapeuten, die Zugangsart und die Erwartung an muttersprachliche Therapie einen signifikanten Einfluss auf den Therapieerfolg.

6.2. Methodisches Vorgehen und Datenerhebung

Zur Beantwortung der Fragestellung und zur Überprüfung der Hypothesen wurde ein empirisches, quantitatives, nicht-experimentelles Verlaufsstudiendesign angewandt. Die Erhebung wurde in Deutschland in einer Klinik für Psychosomatik und

Ganzheitsmedizin, in der vornehmlich deutsche und Türkisch sprechende Patienten in ihrer jeweiligen Muttersprache behandelt werden, durchgeführt. Hierfür wurden

- die von Franke (2002) vollständig überarbeitete und neu normierte Auflage der Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis,
- die von Kılıç (1991) adaptierte und von Dağ (1991) als reliables und valides Instrument bewertete türkische Version des SCL-90-R,
- die von Hautzinger, Bailer, Worall und Keller (1995) bearbeitete deutsche Ausgabe des Beck-Depressions-Inventars (BDI),
- die von Hisli (1988) adaptierte türkische Ausgabe des Beck-Depressions-Inventars, dessen Validität und Reliabilität geprüft und gegeben sind (Öner, 2006),
- ein selbst entwickelter demographischer Fragebogen für jeweils türkeistämmige und deutsche Patienten.

Die Auswertung der so erhobenen Daten wurde mit SPSS 20 durchgeführt.

6.3. Erhebungsort

Die Erhebung im Rahmen der Masterarbeit wurde in der Michael-Balint-Klinik in Deutschland durchgeführt. Die Klinik stellt seit dem Jahr 2000 einen Teil ihrer Betten für eine muttersprachliche Therapie für Türkisch, Russisch, Arabisch und Kurdisch sprechende Patienten zur Verfügung, wobei Türkisch sprechende Patienten den Grossteil der Patienten mit Migrationshintergrund ausmachen. Die türkischsprachige körperliche und psychotherapeutische Behandlung wird in der Regel von türkeistämmigen Ärzten und Psychologen gewährleistet. Die Klinik bietet in ihrem Rehabilitationskonzept Einzelpsychotherapie sowie Gruppentherapie, zweimal wöchentlich separate störungsspezifische Psychoedukationsstunden und interaktionelle Gruppentherapie an. Zusätzlich werden zweimal die Woche PMR und Gestaltungstherapie in Türkisch angeboten. Die weiteren Angebote wie Tanz- und Bewegungstherapie, Atemtherapie und gemeinsames Kochen werden unter Anleitung von deutschen Therapeuten monokulturell durchgeführt. Türkeistämmige Patienten haben die Möglichkeit, die Rehabilitationsmassnahmen ganz oder teilweise in Deutsch durchzuführen, sofern sie dies wünschen. Des Weiteren werden in der Klinik regelmäßig Vorträge in Türkisch „über

Migration und Gesundheit, Identität und Wertewandel, Spielsucht, spezifische Situation von Migranten in Deutschland, (...) Erklärungsansätze für Krankheiten und psychosoziale Belastungen in der Migration“ (Kızıllhan, 2007, S. 202) veranstaltet, bei denen „Probleme und Lösungsmöglichkeiten für eine gesunde Integration von Migranten immer wieder rege von den Patienten in Gruppen diskutiert“ (S. 203) werden.

6.4. Messinstrumente

Bei der Wahl der Instrumente wurde darauf geachtet, dass Tests herangezogen werden, die sowohl in Deutsch als auch in Türkisch erhältlich sind. Der Pretest wurde lediglich für den demographischen Fragebogen durchgeführt. Die Messinstrumente wurden bei der Aufnahme in die Klinik und nach vier Wochen Rehabilitationsaufenthalt eingesetzt.

6.4.1. Fragebogen zur Erhebung demographischer Daten

Der Fragebogen zur Einholung von demographischen Daten wurde für türkeistämmige Testpersonen in Türkisch und für deutsche Testpersonen in Deutsch ausgearbeitet. Der Fragebogen für türkeistämmige Testpersonen ist umfassender als der deutsche Fragebogen, da einige Zusatzfragen hinzugefügt wurden, die im weiteren Verlauf des Textes dargestellt werden und die für deutsche Testpersonen nicht relevant sind.

Gemeinsam ist beiden Fragebogen die Einholung von Informationen über Geschlecht, Alter, Familienstand, Bildungsstand, Stand der Erwerbstätigkeit. Ausgehend davon, dass ein Rentenwunsch den Rehabilitationserfolg ungünstig beeinflusst (Hesse, B. & Gebauer, E., 2001), wurden Testpersonen gefragt, ob sie bisher einen Rentenantrag gestellt haben oder in nächster Zukunft erwägen, einen zu stellen. Zusätzlich wurde Information über die Zugangsart zur Klinik eingeholt, indem gefragt wurde, wie sie von dieser Klinik erfahren haben (Arzt, Renten- oder Arbeitslosenversicherung, Bekannte). Des Weiteren wurden Testpersonen beider Gruppen nach dem Herkunftsland des Ehepartners befragt, um zu eruieren, ob ein Zusammenhang mit der Symptombelastung und dem Therapieerfolg vorhanden ist. Hier wurde von der Überlegung ausgegangen, dass bei Türkeistämmigen mit deutschem Ehepartner sich Unterschiede bei den Test-Werten zeigen könnten, da sich ihre Beziehung zur Deutschland bzw. ihre Integration in

Deutschland anders als bei Türkeistämmigen mit türkeistämmigen Ehepartnern entwickelt haben könnte.

Kızıllhan (2010) hat darlegt, dass türkeistämmige Patienten vor dem Klinikaufenthalt von verschiedenen Hilfequellen (Partner/Familie, Freunde/Bekannte, Arzt, Facharzt, Psychotherapeut, alternative Möglichkeiten, traditionelle Möglichkeiten, Hoca/Heiler und sonstige Hilfequellen) bei einer Möglichkeit von Mehrfachnennung mit knapp 86% am häufigsten den Psychologen nennen. Da dieses Inanspruchnahmeverhalten vergleichbar ist mit dem Inanspruchnahmeverhalten in Ankara/Türkei (Ataman, 2011), wurde die Frage gestellt, ob vor dem Klinikaufenthalt Psychotherapie in Deutsch in Anspruch genommen worden ist. Diese Frage bezweckt einerseits, Ähnlichkeiten oder Unterschiede zwischen den Testpersonen beider Gruppen festzustellen und andererseits hinsichtlich türkeistämmiger Patienten einen Zusammenhang zu den Fragen, warum sie jetzt eine Psychotherapie in Türkisch bevorzugt haben, herzustellen.

Der türkische Fragebogen unterscheidet sich zudem von dem deutschen Fragebogen darin, dass türkeistämmige Patienten zusätzlich befragt wurden, seit wievielen Jahren sie in Deutschland leben und auf welchem Stand ihre Deutschkenntnisse sind. Die Bewertung der Deutschkenntnisse beruht auf der Selbstbeurteilung der Testperson und wurde nicht weiter überprüft. Für die Beantwortung der Frage über ihre Deutschkenntnisse wurde den Testpersonen vier Möglichkeiten angeboten, nämlich 1. keine Deutschkenntnisse, 2. wenig, 3. kann alles verstehen aber nicht gut sprechen, 4. sehr gut. Daraus wurde für die Analyse des Datensatzes die Variable Deutschniveau (1–3, gering – mittelmässig – sehr gut) und die Variable Ausdrucksfähigkeit (1–2, schlecht – gut) umkodiert.

Des Weiteren wurde den türkeistämmigen Testpersonen die Frage gestellt, warum sie eine Therapie in Türkisch bevorzugt haben. Diese Frage bezweckt auch, Informationen über ihre Therapiebereitschaft und Therapiebeziehung bzw. Compliance anhand des Vergleichs der Antworten an zwei Messpunkten einzuholen. Zur Beantwortung dieser Frage wurden folgende sechs Möglichkeiten angeboten, die angekreuzt werden können, wobei eine Mehrfachnennung gegeben ist:

Warum haben Sie eine Therapie in Türkisch bevorzugt?

- Ich kann nicht ausreichend Deutsch.

- Mein behandelnder Arzt hat mich zugewiesen.
- Ich kann mich einem Arzt/Psychologen⁵, der Türkisch spricht und die Türkei kennt, besser öffnen.
- Ich denke, dass ein Arzt/Psychologe, der Türkisch spricht und die Türkei kennt, mich besser verstehen kann.
- Ich denke, dass eine Therapie mit einem Arzt/Psychologen erfolgreicher sein wird.
- Ich wollte mit anderen türkischen Patienten, mit denen ich meine Zeit verbringen kann, zusammen sein.

6.4.2. SCL-90-R-Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis

Für diese Masterarbeit wurde die von Franke (2002) vollständig überarbeitete zweite und neu normierte Auflage der deutschen Version der Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis verwendet. Der Fragebogen für die deutschen Testpersonen der Stichprobe wurde dieser zweiten Auflage entnommen.

Die türkische Version wurde von Dağ (1991) und Kılıç (1991) ins Türkische übersetzt, adaptiert und auf ihre Reliabilität und Validität überprüft. Der Retest-Reliabilitätskoeffizient für die Subskalen bewegt sich zwischen .75 und .87 und der Cronbach-Alpha-Koeffizient liegt zwischen .64 und .85. Der Cronbach-Alpha-Koeffizient beträgt für die gesamte Symptom-Checkliste .96 (Türkbay, Erman, Cöngüoğlu & Söhmen, 2003). Die türkische Version ist in Paper-and-Pencil-Version und auch in elektronischer Version auf verschiedenen Webpages vorhanden⁶.

Für diese Arbeit wurde die Paper-and-Pencil-Version eingesetzt.

Die SCL-90 R enthält insgesamt 90 Items, die in neun Subskalen und Zusatzfragen aufgeteilt sind und der Testperson die Möglichkeit geben, über die körperliche und psychische Symptombelastung in den letzten sieben Tagen durch Selbstbeurteilung Auskunft zu geben. Die Antwort bzw. die Selbstbeurteilung der Testperson erfolgt durch eine fünfstufige Likert-Skala zwischen *überhaupt nicht* (Itemwert: 0) und *sehr stark*

⁵ Unter Berücksichtigung des Bildungsstandes der Testpersonen wurde an Stelle des Wortes Psychotherapie Arzt / Psychologe bevorzugt.

⁶ Beispielsweise: http://www.turkpdr.com/modules/test/SCL_90_R.htm ; <http://www.iku.edu.tr/TR/410-2-10-226-1467-598-1-1-1/SCL90-R-Psikolojik-Belirti-Tarama-Testi> (Zit. 15.05.2013)

(Itemwert: 4). Für eine Auswertung der Symptom-Checkliste müssen mindestens 71 Items beantwortet worden sein. Die Symptom-Checkliste kann bei Jugendlichen ab dem zwölften Lebensjahr wie auch bei Erwachsenen angewandt werden. Das Instrument ist für den Einsatz sowohl im ambulanten als auch im stationären psychotherapeutischen Bereich geeignet. Es „eignet sich für Verlaufsbeschreibungen. Sein Einsatz ist als Prä- und Post-Messung (...) möglich. Die Test-Retest-Reliabilitäten der einzelnen Skalen und Globalen Kennwerte der SCL-90-R sind hoch“ (Franke, 2002, S. 13). „Die interne Konsistenzen der einzelnen Skalen liegen für klinische Stichproben zwischen r . 79 und r .89, für den Gesamtwert GSI je nach Stichprobe zwischen Cronbachs α .94 bis 98. Die Validität für klinische Gruppen ist gut bis sehr gut.“ (Nosper, 1999, S. 28–29).

Die Subskalen und die dazugehörigen Items, die ein breites Spektrum verschiedener Symptomatik erfassen, sind folgende:

Skala 1 - Somatisierung (SOMA): 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58

In der Skala für Somatisierung befinden sich insgesamt zwölf Items, die körperliche Beschwerden bis hin zu Funktionsstörungen abfragen (Franke, 2002). Für die Auswertung dieser Skala müssen mindestens acht Items beantwortet werden. Für die Analyse der Daten der Prä- und Post-Messung wurden die Items für *Somatisierung* in den Variablen SOMA1 und SOMA2 zusammengefasst. Die Differenz zwischen den beiden Items wurde in der Variable SOMADIFF berechnet.

Skala 2 - Zwanghaftigkeit (ZWAN): 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65

In der Skala ZWAN befinden sich zehn Items und „umfassen leichte Konzentrations- und Arbeitsstörungen bis hin zur ausgeprägten Zwanghaftigkeit“ (Franke, 2002, S. 16) und es müssen mindestens sieben Items für die Auswertung beantwortet sein. Für die Analyse der Daten der Prä- und Post-Messung wurden die Items für *Zwanghaftigkeit* in den Variablen ZWAN1 und ZWAN2 zusammengefasst. Die Differenz zwischen beiden Variablen wurde in der Variable ZWANDIFF berechnet.

Skala 3 - Unsicherheit im Sozialkontakt (UNSI): 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69.

Die Skala umfasst neun Items, durch die „leichte soziale Unsicherheit bis hin zum Gefühl völliger persönlicher Unzulänglichkeit“ (Franke, 2002, S. 16) abgefragt werden. Es müssen für die Auswertung dieser Skala mindestens sechs Items beantwortet worden sein.

Für die Analyse der Daten der Prä- und Post-Messung wurden die Items für *Unsicherheit im Sozialkontakt* in den Variablen UNS1 und UNSI2 zusammengefasst. Die Differenz zwischen beiden Messzeitpunkten bezüglich der beiden Variablen wurde in der Variable UNSIDIFF berechnet.

Skala 4 - Depressivität (DEPR): 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71 und 79.

Die Skala umfasst 13 Items, die „Traurigkeit bis hin zur schwer ausgeprägten depressiven Syndromen“ (Franke, 2002, S. 17) beinhalten. Es müssen mindestens neun Items für die Auswertung dieser Skala beantwortet sein. Für die Analyse der Daten der Prä- und Post-Messung wurden die Items für *Depressivität* in den Variablen DEPR1 und DEPR2 zusammengefasst und die Differenz zwischen beiden Variablen durch die Variable DEPRDIFF dargestellt.

Skala 5 - Ängstlichkeit (ANGS): 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80 und 86.

Die Skala umfasst zehn Items, „die körperlich spürbare Nervosität bis hin zu starker Angst“ beschreiben (Franke, 2002, S. 17). Es müssen für die Auswertung mindestens sieben Items der Skala beantwortet sein. Für die Analyse der Daten der Prä- und Post-Messung wurden die Items für *Ängstlichkeit* in den Variablen ANGS1 und ANGS2 zusammengefasst und die Differenz zwischen beiden Variablen durch die Variable ANGSDIFF dargestellt.

Skala 6 - Aggressivität/ Feindseligkeit (AGGR): 11, 24, 63, 67, 74 und 81.

Die Skala umfasst sechs Items, die „Reizbarkeit und Unausgeglichenheit bis hin zu starker Aggressivität mit feindseligen Aspekten“ (Franke, 2002, S. 18) enthalten. Es müssen für die Auswertung mindestens fünf Items beantwortet sein. Für die Analyse der Daten der Prä- und Post-Messung wurden die Items für *Aggressivität* in den Variablen AGGR1 und AGGR2 zusammengefasst und die Differenz zwischen beiden Variablen durch die Variable AGGRDIFF dargestellt.

Skala 7 - Phobische Angst (PHOB): 13, 25, 47, 50, 70, 75 und 82.

Die Skala umfasst sieben Items, „die ein leichtes Gefühl von Bedrohung bis hin zur massiven phobischen Angst“ (Franke, 2002, S. 18) beschreiben. Es müssen für die Auswertung mindestens fünf Items beantwortet sein. Für die Analyse der Daten der Prä- und Post-Messung wurden die Items für *Phobische Angst* in den Variablen PHOB1 und

PHOB2 zusammengefasst und die Differenz zwischen beiden Variablen durch die Variable PHOBDIFF dargestellt.

Skala 8 – Paranoides Denken (PARA): 8, 18, 43, 68, 76 und 83.

Die Skala umfasst sechs Items, die das „Mißtrauen und Minderwertigkeitsgefühle bis hin zu starkem paranoiden Denken“ (Franke, 2002, S. 18) beschreiben. Es müssen für die Auswertung mindestens fünf Items beantwortet sein. Für die Analyse der Daten der Prä- und Post-Messung wurden die Items für *Paranoides Denken* in den Variablen PARA1 und PARA2 zusammengefasst und die Differenz zwischen beiden Variablen durch die Variable PARADIFF dargestellt.

Skala 9 - Psychotizismus (PSYC): 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88 und 90.

Die Skala umfasst zehn Items, die das „milde Gefühl der Isolation und Entfremdung bis hin zur dramatischen Evidenz psychotischen Erlebens“ (Franke, 2002, S. 19) beschreiben. Es müssen für die Auswertung mindestens sieben Items beantwortet sein. Für die Analyse der Prä- und Post-Messung wurden die Items für *Psychotizismus* in den Variablen PSCY1 und PSCY2 zusammengefasst und die Differenz zwischen beiden Variablen durch die Variable PSYCDIFF dargestellt.

Zusatzfragen: 19, 44, 59, 60, 64, 66 und 89. Die Zusatzfragen sind keiner Skala zugeordnet. Durch diese Items wird die Selbstbeurteilung der Testperson über den Appetit, Ein- und Durchschlafstörungen, Suizidalität und Schuldgefühlen eingeholt.

6.4.2.1. Auswertung

Durch die Beantwortung der Items werden Rohwerte gewonnen, aus denen sich drei globale Kennwerte ergeben:

- GSI (Global Severity Index): Der GSI gibt Auskunft über die Gesamtbelastung durch körperliche und psychische Symptome.
- PSDI (Positive Symptom Distress Index): Der PSDI zeigt die Intensität der Antworten.

- PST (Positive Symptom Total): Der PST gibt die Anzahl der Symptome an, bei denen eine Belastung vorhanden ist.

Für dieser Masterarbeit wird die Auswertung des SCL-90-R anhand des GSI-Wertes (Global-Severitiy-Index-Wert) vorgenommen. Hierfür wird der gesamte Summenwert (GS) durch die Anzahl der beantworteten Items dividiert.

6.4.2.2. Interpretation

Die Interpretation bei Verlaufsmessungen sollte vornehmlich anhand der Differenzen der GSI-Werte vorgenommen werden. Eine Auswertung und Interpretation ist anhand der Rohwerte möglich (Franke, 2002).

6.4.2.3. Therapieerfolg nach SCL-90-R

Franke (2002) weist darauf hin, dass eine Differenz von 0.30 zwischen Prä- und Post-GSI-Werten bei stationären Psychotherapiepatienten auf eine „statistisch signifikante Verbesserung“ (Franke, 2002, S. 30) hindeutet. Daher wird auch in dieser Arbeit die Differenz von 0.30 als eine statistisch signifikante Verbesserung bzw. als Therapieerfolg angenommen. An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass eine Differenz von 0.30 dennoch nicht in jedem Fall eine Gesundung oder Symptomfreiheit bedeutet, sondern als eine (Symptom-)Verbesserung zu betrachten ist.

6.4.2.4. Cutoff-Punkt

Nach Franke (2002) lautet der „Cut-off-Punkt, den ein GSI-Wert eines Patienten aus der Gruppe der stationären Psychotherapiepatienten in der Post-Messung unterschreiten muß“ (S. 32) 0.70. Dieser Cut-off-Punkt von 0.70 gilt auch als Grundlage für den Cut-off-Punkt für die Stichprobe dieser Masterarbeit. Im Rahmen der Masterarbeit wurde für die Überprüfung, ob, und wie viele und welche Patienten unter dem Cut-off-Punkt liegen, eine entsprechende Variable (GSICUTOFF) auf der Grundlage der Variable GSI_2 gebildet.

6.4.2.5. Schweregrad

Für diese Masterarbeit wurden des Weiteren zwei Variablen für die Beurteilung des Schweregrades der Symptombelastungen gebildet. Diese Variablen sind GSI1_Schweregrad und GSI2_Schweregrad. Hierfür werden nach Nosper (1999) GSI-Werte von 0 bis 0.99 als *leichte Fälle* und ab 1.0 als *klinische Fälle* bezeichnet.

6.4.3. Beck-Depressions-Inventar (BDI)

Da türkeistämmige Patienten häufig an depressiven Störungen leiden, wurde neben dem SCL-90 R auch das Beck-Depression-Inventar (BDI) angewandt. Um die Gleichheit zwischen der deutschen und türkischen Version zu gewährleisten, wurde hierfür nicht der BDI-II verwendet. Bei der deutschen Version handelt es sich um die zweite, überarbeitete Version von Hautzinger et al. (1995).

Die türkische Version des BDI wurde von Hisli (1988) ins Türkische adaptiert. Die Reliabilität und die Validität sind gegeben (Öner, 2008). Zusätzlich ist eine Korrelation zwischen SCL-90-R und BDI gegeben (Brandt, 2010).

Der BDI ist wie auch der SCL-90-R ein Selbstbeurteilungsinstrument. Er kann bei Personen ab dem 18. Lebensjahr eingesetzt werden. Die Reliabilität und die Validität im klinischen Bereich sind gegeben. Der BDI „enthält 21 Gruppen von Aussagen (...), durch die „typische depressive Symptome erfragt“ (Hautzinger et al. 1995, S. 10) werden. Jede Gruppe/jedes Item enthält vier Aussagen bezüglich der Stärke (0–3) des depressiven Symptoms. Es wird von der Testperson erwartet, die zutreffendste Aussage anzukreuzen. Sollte die Testperson mehr als eine Aussage ankreuzen, wird für die Auswertung die Aussage mit dem höheren Punktwert in Betracht gezogen. Der BDI-Wert wird aus der Summe der angekreuzten Aussagen berechnet. Eine Testperson kann im Fall, dass sie bei jeder Gruppe die stärkste Aussage ankreuzt hat, höchstens 63 Punkte erlangen. Ein Summenwert unter 11 Punkten gilt als „unauffällig, im normalen Bereich (...), Werte zwischen 11 und 17 Punkten weisen auf eine milde bis mäßige Ausprägung depressiver Symptome hin. Als klinisch relevant gilt der Punktwert von 18 und darüber“ (S. 15).

6.4.3.1. Therapieerfolg nach BDI

Zur Eruierung des Therapieerfolges anhand der Differenz zwischen Prä- und Post-Messungen ist im BDI-Handbuch im Gegensatz zum SCL-90-R kein bestimmter Wert angezeigt. Beim Vergleich des Therapieerfolges bei türkeistämmigen und deutschen Patienten wird daher lediglich überprüft, ob sich die Gruppendifferenzen statistisch voneinander signifikant unterscheiden.

6.4.3.2. Cut-off-Punkt

Es werden bei der Datenanalyse zwei Cut-off-Werte herangezogen: Für den normalen Bereich der Cut-off-Wert von 11 und für klinische Auffälligkeit der Cut-off-Wert von 18 Punkten (Hautzinger et al., 1995; vgl. auch Kızıllhan, 2008).

6.5. Stichprobenbeschreibung

Die gesamte Stichprobe umfasst 60 Rehabilitationspatienten einer Rehabilitationsklinik für Psychosomatik und Ganzheitsmedizin in Deutschland (siehe Erhebungsort, S. 40). Die Patienten nahmen freiwillig an der Erhebung teil. Es wurde ihnen mündlich sowie schriftlich im Fragebogen mitgeteilt, dass die Erhebung im Rahmen der Masterarbeit durchgeführt wird. Des Weiteren wurde den Teilnehmern versichert, dass die Daten ausschliesslich für Auswertungen im Rahmen der Masterarbeit verwendet und weder an die Klinik noch an andere Einrichtungen wie zum Beispiel die Renten- und Krankenkasse weitergegeben werden.

Die Teilnehmer wurden gebeten, in den ersten Tagen nach Eintritt in die Klinik und nach vier Wochen die Tests zu beantworten. Da die Erhebung im Rahmen der Masterarbeit durchgeführt wurde und der Zeitrahmen für die Erhebung entsprechend eng war, wurde bei beiden Gruppen die Zahl der Patienten jeweils auf 30 begrenzt. Die Daten wurden im Zeitraum von Januar bis Mitte April 2013 konsekutiv erhoben. Die Stichprobe besteht aus Akut- sowie Reha-Patienten.

Rehabilitanden, die nicht schriftkundig waren oder Schwierigkeiten hatten, die Tests selbstständig auszufüllen, wurden in die Stichprobe nicht eingeschlossen. Dies betraf türkeistämmige Rehabilitanden, insbesondere türkeistämmige weibliche Rehabilitanden.

Die Stichprobe besteht aus zwei Gruppen, nämlich einer Gruppe von Rehabilitationspatienten mit Migrationshintergrund aus der Türkei (N = 30) und einer Gruppe von Rehabilitationspatienten ohne Migrationshintergrund (N = 30). In der Gruppe mit Migrationshintergrund sind 10 Patienten weiblich (33,3%) und 20 Patienten männlich (66,7%). In der Gruppe ohne Migrationshintergrund sind 21 Patienten weiblich (70%) und 9 Patienten sind männlich (30%).

Die Parallelisierung der Stichprobe war bereits aufgrund der Geschlechterverteilung und des Bildungstandes der Teilnehmer beider Gruppen nicht möglich.

6.6. Demographische Daten

Die demographischen Daten werden für die Gruppe mit Migrationshintergrund aus der Türkei und die Gruppe ohne Migrationshintergrund getrennt dargestellt.

6.6.1. Teilnehmer mit Migrationshintergrund aus der Türkei

In der türkeistämmigen Gruppe der Stichprobe befinden sich 10 Frauen (33.3%) und 20 Männer (66.6%).

Das Alter der türkeistämmigen Patienten liegt zwischen 33 und 71 Jahren. 2 Teilnehmer (6.6%) befinden sich im frühen, 16 Teilnehmer (53.3%) im mittlerem und 3 Teilnehmer (10%) im späten Erwachsenenalter.

20 Teilnehmer (66.7%) sind verheiratet, 7 Teilnehmer (23.3%) geschieden. Der Prozentsatz der geschiedenen Frauen (50%) ist höher als der der Männer (10 %). Keine der türkeistämmigen Frauen hat einen deutschen Ehepartner, wobei 4 türkeistämmige Männer (13.3%) angaben, deutsche Ehepartnerinnen zu haben.

Die türkeistämmigen Teilnehmer leben im Durchschnitt seit 27,6 Jahren in Deutschland, wobei Frauen im Durchschnitt seit 30 Jahren und Männer seit 26,4 Jahre in Deutschland leben. Hier wird darauf hingewiesen, dass in dieser Stichprobe 3 Türkeistämmige (10%)

weniger als 7 Jahre, 9 (30%) zwischen 20 und 29 Jahren und 18 (60%) zwischen 30 und 40 Jahren in Deutschland leben.

Die Deutschkenntnisse der türkeistämmigen Teilnehmer werden in der folgenden Tabelle dargestellt:

Deutschkenntnisse	Teilnehmer N (%)	Frauen N (%)	Männer N (%)
keine	2 (6.7%)	0 (0%)	2 (10%)
wenig bis für den Alltag ausreichend	8 (26.7%)	3 (30%)	5 (25%)
kann verstehen oder nicht gut reden	13 (43.3%)	5 (50%)	8 (40%)
Sehr gut	7 (23.3%)	2 (20%)	5 (25%)
Gesamt	30 (100)	10 (100)	20 (100)

Tabelle 1: Deutschkenntnisse der Teilnehmer mit Migrationshintergrund aus der Türkei

Die Tabelle 1 zeigt, dass 23,3% der türkeistämmigen Patienten sehr gute Deutschkenntnisse besitzen, wogegen 76,7% der Teilnehmer sich nicht gut auf Deutsch ausdrücken kann.

In der Gruppe der türkeistämmigen Rehabilitanden zeigte sich, dass zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Klinik 6 Teilnehmer (20.0%) bereits einen Rentenantrag gestellt hatten. Bei Eintritt in die Klinik beantworteten 25 Patienten (83.3%) die Frage, ob sie einen Rentenantrag stellen wollen. 17 Teilnehmer (56.7%) gaben zum Zeitpunkt der Aufnahme an, keinen Rentenantrag stellen zu wollen, lediglich 8 Teilnehmer (26,7%) erwogen, einen Rentenantrag in nächster Zukunft zu stellen. Zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Rehabilitationsklinik beantworteten 23 Patienten die Frage, ob sie einen Rentenantrag stellen wollen. Hier ergab sich, dass 15 Patienten (50%) keinen Rentenantrag stellen möchten. 8 Teilnehmer wollten weiterhin einen Rentenantrag stellen. 6 Teilnehmer (20.0%) beantworteten diese Frage bei der Entlassung nicht.

17 türkeistämmige (56.7%) und 21 deutsche Teilnehmer (70%) haben bereits Therapieerfahrung auf Deutsch gemacht, wogegen 11 türkeistämmige (36.7%) und 9 (30%) deutsche Teilnehmer bisher keine Therapieerfahrung auf Deutsch gemacht haben. 2 türkische Patienten (6.7%) äusserten sich nicht zu dieser Frage. In der Gruppe der

deutschen Rehabilitanden haben 21 Teilnehmer (70%) Therapieerfahrung, wogegen 9 Rehabilitanden (30) bisher keine Therapieerfahrung gemacht haben.

24 Patienten (80%) erfuhren von der Klinik mit muttersprachlicher Therapie durch ihren Arzt oder Psychologen, 5 Patienten (%16.7) durch die Arbeitslosen- oder Rentenversicherung und 1 Patient (3.3%).

Die demographischen Merkmale hinsichtlich des Bildungsstandes werden in folgender Tabelle dargestellt:

Bildungsstand	Teilnehmer N (%)	Frauen N (%)	Männer N (%)
schriftkundig	4 (13.3%)	1 (10%)	3 (15%)
Grundschule (5 Jahre)	10 (33.3%)	6 (60%)	4 (20%)
Mittelschule (8 Jahre) / Hauptschule / Realschule	6 (20%)	1 (10%)	5 (25%)
Lyzeum (11 Jahre) / Abitur	7 (23.3%)	0 (0)	7 (35%)
Berufsschule	3 (10%)	2 (20%)	1 (5%)
Gesamt	30 (100%)	10 (100%)	20 (100%)

Tabelle 2: Bildungsstand der Teilnehmer mit Migrationshintergrund aus der Türkei

Die Tabelle 2 zeigt, dass keiner der türkeistämmigen Teilnehmer einen Fachhochschul- oder Hochschulabschluss hat. 14 Teilnehmer (46.6%) haben einen eher niedrigen Bildungsstand, wobei sich der Bildungsstand der übrigen 16 Teilnehmer (53,4%) eher im mittleren Bereich verorten lässt.

Hinsichtlich der Erwerbstätigkeit zeigt sich, dass insgesamt 14 Teilnehmer (46.7%), davon 5 Frauen und 8 Männer, erwerbstätig sind. Die anderen Teilnehmer (53.3%) nehmen nicht aktiv in der Arbeitswelt teil.

Die Gründe, warum türkeistämmige Teilnehmer eine Therapie in Türkisch bevorzugt haben, werden in der folgenden Tabelle 3 dargestellt:

Variable	Gründe für eine Psychotherapie in Türkisch	Aufnahme N ((%)	Entlassung N (%)
WARUM1	Keine Deutschkenntnisse.	14 (46.7%)	14 (46.7%)
WARUM2	Mein behandelnder Arzt hat mich geschickt.	16(53.3%)	16 (53.3%)
WARUM3	Ich kann mich besser öffnen.	15 (50%)	28 (86.7%)
WARUM4	Ich kann besser verstanden werden.	15 (50%)	27(86.7%)
WARUM5	Therapie wird erfolgreicher.	13 (43.3%)	20 (60%)
WARUM6	Zusammensein mit anderen türkischen Patienten.	9 (30%)	11 (33.3%)

Tabelle 3: Gründe für die Therapie in Türkisch aus der Sicht der Teilnehmer (Mehrfachnennung möglich)

6.6.2. Teilnehmer ohne Migrationshintergrund

Die deutsche Gruppe der Stichprobe hat 30 Teilnehmer, davon sind 21 Frauen (70.0%) und 9 Männer (30.0%). Das Alter der deutschen Teilnehmer liegt zwischen 23 und 60 Jahren, wobei 10 Teilnehmer (33.3%) sich im frühen Erwachsenenalter, 19 Teilnehmer (63.3%) im mittleren Erwachsenenalter und 1 Teilnehmer (3.3%) im späten Erwachsenenalter befindet.

23 Teilnehmer (76.7%) sind verheiratet, 3 Teilnehmer (10%) ledig. 1 Teilnehmer (3.3%) ist geschieden und 3 Teilnehmer (10%) befinden sich im sonstigen Familienstand. 26 Teilnehmer (86.7%) gaben an, gegenwärtig oder in der Vergangenheit einen deutschen Ehepartner zu haben. 4 Teilnehmer (13.3%) haben einen ausländischen Ehepartner.

Der Bildungsstand der deutschen Teilnehmer liegt im mittleren bis hohen Bildungstand und wird in der folgenden Tabelle 4 dargestellt:

Bildungsstand	Teilnehmer N (%)	Frauen N (%)	Männer N (%)
Haupt-/Realschule	4 (13,3%)	4 (19.0%)	0 (0%)
Berufsschule	10 (33.3%)	9 (42.9%)	1 (11.1%)
Abitur	3 (10%)	2 (9.5%)	1 (11.1%)
Berufsfachhochschule	8 (26.7%)	4 (19.0)	4 (44.4%)
Hochschule	5 (16.7%)	2 (9.5%)	3 (33.3)
Gesamt	30 (100)	21 (100)	9 (100)

Tabelle 4: Bildungsstand der Patienten ohne Migrationshintergrund

22 der deutschen Teilnehmer (73.3%) sind erwerbstätig und nehmen aktiv am Arbeitsleben teil, wobei 5 Teilnehmer (16.7%) vor Rehabilitationsbeginn bereits einen Rentenantrag gestellt haben. Zum Zeitpunkt des Rehabilitationseintritts gaben 4 Teilnehmer (13.3%) an, einen Rentenantrag stellen zu wollen, 3 Teilnehmer (10%) beantworteten diese Frage nicht. Beim zweiten Messzeitpunkt gaben 20 Teilnehmer (66.7%) an, keinen Rentenantrag stellen zu wollen. 5 Teilnehmer (16.7%) gaben an, einen Rentenantrag stellen zu wollen. 5 Teilnehmer machten keine Angaben zu dieser Frage.

21 der deutschen Teilnehmer (70%) haben bereits Therapieerfahrung. Die Rehabilitationsklinik ist 16 Teilnehmern (53.3%) durch den Arzt oder Psychologen, 8 Teilnehmern (26.7%) durch die Arbeitslosen- oder Rentenversicherung und 2 Teilnehmern (6.2%) durch ihren Bekanntenkreis empfohlen worden.

7. Darstellung der Ergebnisse

Hier werden Ergebnisse der Teilnehmer mit Migrationshintergrund aus der Türkei und der Teilnehmer ohne Migrationshintergrund gegenübergestellt.

7.1. Unterschiede zwischen der türkeistämmigen und der deutschen Gruppe

Unter Berücksichtigung, dass Unterschiede wie Geschlechter- und Altersstruktur, Therapieerfahrung und Rentenwunsch einen Einfluss auf den Therapieerfolg ausüben können, werden mögliche Unterschiede zwischen den Gruppen überprüft.

7.1.1. Geschlechterstruktur

Die Teilnehmer der Gruppe mit Migrationshintergrund aus der Türkei unterscheidet sich in ihrer Geschlechterstruktur signifikant von der deutschen Gruppe [$\chi^2 (1) = 8.08, p = .004$]. Da es sich hier um zwei kategoriale Variablen handelt, wurde diesbezüglich der 2x2-Chi-Quadrat-Test durchgeführt. In der deutschen Gruppe befinden sich 21 Frauen und 9 Männer, in der türkeistämmigen Gruppe befinden sich 10 Frauen und 20 Männer.

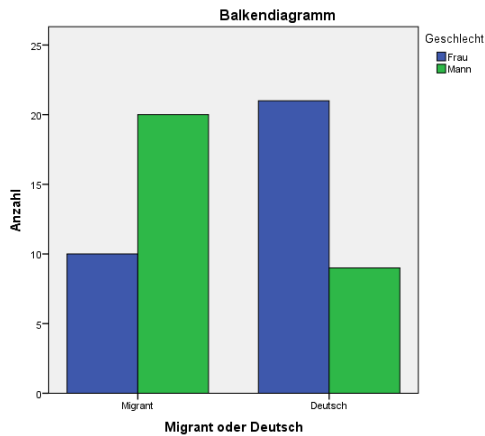


Abbildung 1 – Geschlechterstruktur der türkistämmigen und deutschen Patienten

7.1.2. Altersstruktur

Durch den t-Test für unabhängige Stichproben konnte festgestellt werden, dass beide Gruppen sich in der Altersstruktur signifikant [$t(57) = 3.04, p = 0.004$] unterscheiden.

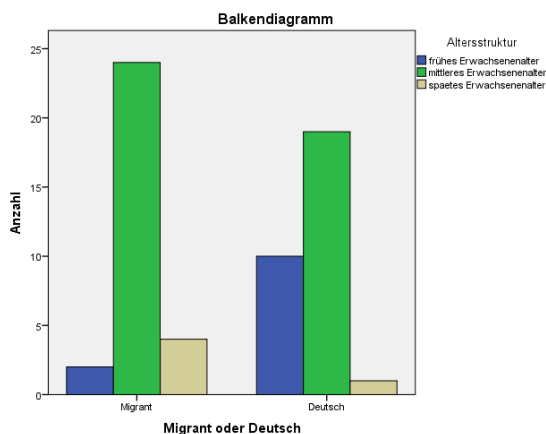


Tabelle 2: Altersstruktur der türkistämmigen und deutschen Patienten

Die türkistämmigen Teilnehmer sind im Durchschnitt ($M = 49.90, SD = 7.70$) älter als die deutschen Patienten ($M = 43.03, SD = 9.45$). Der signifikante Unterschied hinsichtlich des Alters bestätigt sich auch im Vergleich der Altersgruppen (1–3, frühes, mittleres und spätes Erwachsenenalter) [$\chi^2(2) = 7.72, p = .02$].

Während sich lediglich 2 türkistämmige Teilnehmer im jüngeren Erwachsenenalter befinden, befinden sich 10 deutsche Teilnehmer im jüngeren Erwachsenenalter. 24

türkeistämmige und 14 deutsche Teilnehmer sind im mittleren, 4 türkeistämmige und 1 deutscher Teilnehmer im späten Erwachsenenalter.

7.1.3. Bildungsstand

Der Bildungsstand wurde auf drei Niveaus, nämlich niedrig, mittel und hoch (1–3) eingeteilt und ein Chi-Quadrat-Test (2x3-Design) durchgeführt. Es zeigt sich ein signifikanter Unterschied [$\chi^2 (2) = 27.03, p = .000$] zwischen den Gruppen hinsichtlich des Bildungsniveaus. Während 14 Teilnehmer der Migrantengruppe eine niedrige und 16 Teilnehmer ein mittleres Bildungsniveau haben, gibt es keine deutschen Teilnehmer mit niedrigem Bildungsniveau. 17 deutsche Teilnehmer haben einen mittleren und 13 deutsche Teilnehmer einen hohen Bildungsniveau.

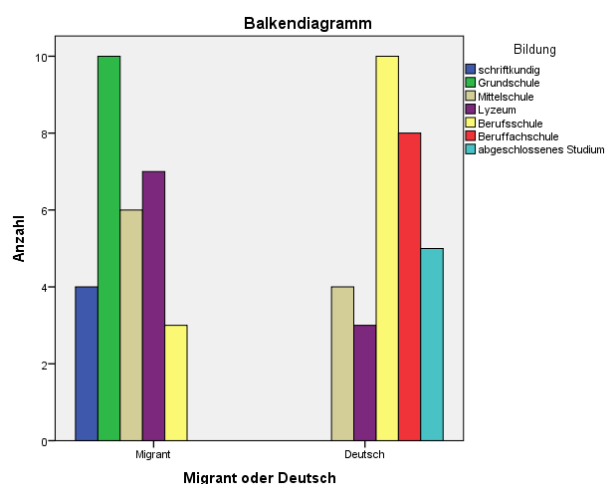


Abbildung 3: Vergleich des Bildungstandes von türkeistämmigen und deutschen Patienten

7.1.4. Erwerbstätigkeit

Der Unterschied hinsichtlich der Erwerbstätigkeit wurde nach dem Kriterium, ob der Rehabilitand gegenwärtig aktiv im Arbeitsleben teilnimmt oder nicht, mit dem 2x2-Design-Chi-Quadrat-Test überprüft. Es zeigt sich, dass 13 türkeistämmige und 22 deutsche Rehabilitanden aktiv erwerbstätig sind. Der Unterschied zwischen Türkeistämmigen und Deutschen ist signifikant [$\chi^2 (1) = 4.965, p = .024$].

7.1.5. Deutschkenntnisse bzw. Ausdrucksfähigkeit

Die Unterschiede der Deutschkenntnisse zwischen den Teilnehmern der zwei Gruppen wurde untersucht. Hierfür wurden unter Berücksichtigung der Ausdrucksfähigkeit die Deutschkenntnisse der Rehabilitanden auf zwei Niveaus, nämlich schlecht und gut (1–2), unterteilt. Der Unterschied wurde mit dem 2x2-Chi-Quadrat-Design überprüft und zeigt sich als hochsignifikant [$\chi^2(1) = 37.30, p = 0.000$]. Die Überprüfung des Unterschiedes zeigt, dass 23 von 30 türkeistämmigen Rehabilitanden sich in Deutsch nicht gut ausdrücken können und sprachlich nicht in der Lage sind, eine Psychotherapie in Deutsch zu machen.

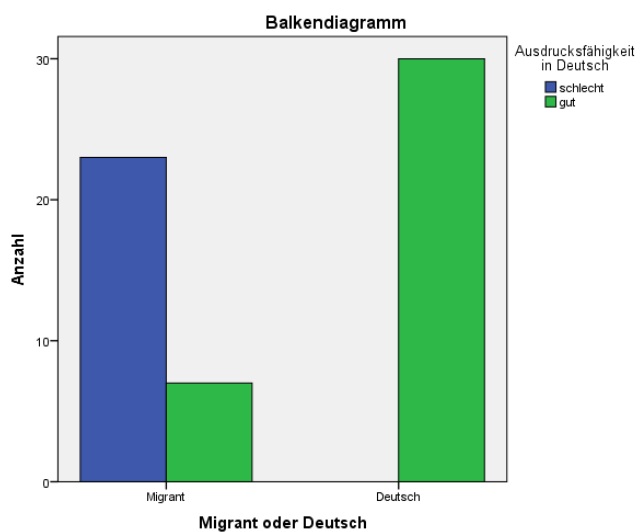


Abbildung 4: Vergleich der Ausdrucksfähigkeit auf Deutsch von türkeistämmigen und deutschen Patienten

7.1.6. Therapieerfahrung

Obwohl zahlenmässig mehr deutsche Patienten (30) als türkeistämmige Patienten (21) Therapieerfahrung auf Deutsch haben, ist dieser Unterschied nach dem Exakten Test nach Fisher nicht signifikant.

7.1.7. Rentenanträge

Bezüglich der bereits gestellten Rentenanträge und des Rentenwunsches zeigt sich, dass deutsche Patienten bei Rehabilitationseintritt bereits häufiger einen Rentenantrag gestellt

haben und bei Rehabilitationseintritt sowie nach vier Wochen einen höheren Rentenwunsch äusserten. Dennoch sind die Unterschiede nicht signifikant.

7.1.8. Heimatland des Ehepartners

Es lies sich kein Zusammenhang zwischen dem Heimatland des Ehepartners und dem Therapieerfolg feststellen.

8. Überprüfung der Hypothesen

8.1. Überprüfung der ersten Hypothese

Die erste Hypothese lautet folgenderweise:

- Bei einem stationären Rehabilitationsaufenthalt mit muttersprachlicher Psychotherapie kann bei türkeistämmigen Patienten ein Therapieerfolg wie bei deutschen Patienten erzielt werden.

Zur Überprüfung dieser Hypothese wird die Differenz der GSI-Werte (*Global Severity Index*) an zwei Messzeitpunkten verglichen, da – wie bereits im Abschnitt 6.4.2.3. dargestellt – die Differenz der Prä- und Post- GSI-Werte (VARIABLE: GSI_DIFF) von mindestens .30 als eine Verbesserung bzw. als Therapieerfolg betrachtet wird. Da die Variabel GSI_DIFF normalverteilt ist, wird der Gruppenvergleich mit t-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt. Hier zeigt sich, dass bei beiden Gruppen die Differenz höher ist als .30. Die Differenz der GSI-Werte (GSI_DIFF) bei türkeistämmigen Teilnehmern (M = .3870, SD=.65) ist zwar geringer als bei den deutschen Teilnehmern (M= .61, SD= .45), dennoch ist der Unterschied in der Differenz der GSI-Werte beider Gruppen nicht signifikant [t(58)= -1,53, p= .131].

Ein Therapieerfolg kann zusätzlich anhand der Differenzen der Prä- und Post-BDI-Werte dargestellt werden. Der Unterschied der Differenzen der Prä- und Post-BDI-Werte (Variable: BDIDIFF) wird mit dem t-Test für unabhängige Stichproben geprüft. Hier zeigt sich, dass kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Differenz der Prä- und Post-BDI-Werte bei türkeistämmigen Patienten (M= 4.90, SD= 11) und bei deutschen Patienten (M=9.37, SD= 7.62) vorhanden ist [t(58)= -1.726, p= .090].

Somit kann anhand der Differenzen der Prä- und Post-SCL-90-R und der BDI-Werte dargestellt werden, dass zwischen dem Therapieerfolg der türkeistämmigen Patienten und der deutschen Patienten kein signifikanter Unterschied vorhanden ist. In beiden Gruppen kann ein vergleichbarer Therapieerfolg verzeichnet werden. Die Hypothese, dass bei einem stationären Rehabilitationsaufenthalt und bei muttersprachlicher Therapie bei türkeistämmigen Patienten ein Therapieerfolg wie bei deutschen Patienten verzeichnet werden kann, wird bestätigt.

8.2. Überprüfung der zweiten Hypothese

Die zweite Hypothese lautet wie folgt:

- Es zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen Patienten mit Migrationshintergrund und Patienten ohne Migrationshintergrund in den Subskalen des SCL-90 R und im BDI sowohl bei der Aufnahmebefragung als auch bei der Befragung nach vier Wochen.

Zur Überprüfung der zweiten Hypothese werden die neun Skalen und die Global Severity Scale (GSI) der SCL-90-R in der folgenden Tabelle auf der nächsten Seite gegenübergestellt.

Die Symptombelastung der türkeistämmigen und der deutschen Teilnehmer zum Zeitpunkt des Eintritts in die Rehabilitationsklinik und nach vier Wochen wird nach Janssen & Laatz (2007) mit Mann-Whitney-U-Test für unabhängige Stichproben verglichen, da nicht alle Variablen⁷ normalverteilt sind. Hier zeigt sich, dass sich die Mittelwerte für folgende Skalen signifikant unterscheiden. Die p -Werte betragen für die Skalen SOMA1 ($p=.000$) und SOMA2 ($p=.000$); ZWAN1 ($p=.001$) und ZWAN2 ($p=.000$), UNSI2 ($p= .000$); DEPR1 ($p=.005$) und DEPR2 ($p=.000$); ANGS1 ($p=.000$) und ANGS2 ($p=.000$), AGGR1 und AGGR2 ($p=.000$), PHOB1 ($p=.000$) und PHOB2 ($p=.000$), PARA1 ($p=.044$) und PARA2 ($p=.000$), PSYC1 ($p=.001$) und PSYC2 ($p=.000$). Ebenso unterscheiden sich die Werte der Global Severity Scale (GSI1 und GSI2) und die Skala der Zusatzfragen (ZUSATZ1 und ZUSATZ2) mit einem Signifikanzwert von jeweils $p=0.000$. Die Symptombelastung unterscheidet sich lediglich

⁷ Die Variablen ANG2, AGGR1, AGGR2 und PHOB1 sind nicht normalverteilt.

bei der ersten Messung auf der Skala UNSI1 ($p=.135$) nicht. Anhand der Mittelwerte, die in Tabelle 5 (siehe unten) dargestellt werden, zeigt sich, dass türkeistämmige Patienten sowohl beim Eintritt in die Rehabilitation als auch nach vier Wochen Therapie eine signifikant bis hochsignifikant höhere Symptombelastung zeigen, ausgenommen davon ist lediglich die Belastung durch Unsicherheit im Sozialkontakt bei Rehabilitationseintritt (UNSI1).

Der Vergleich der Mittelwerte der Summenwerte der BDI-Messungen an zwei Messzeitpunkten ergibt nach dem Mann-Whitney-U-Test auch, dass die Symptombelastung der türkeistämmigen und der deutschen sowohl zum Zeitpunkt der Aufnahme ($p= 0.018$) als auch nach 4 Wochen ($p= .000$) signifikant unterscheiden.

SCL-90-R	Aufnahme					Nach 4 Wochen				
	Türkeistämmige		Deutsche		Sign. (<i>p</i>)	Türkeistämmige		Deutsche		Sign (<i>p</i>)
VARIABLEN	M	SD	M	SD		M	SD	M	SD	
SOMA	2.12	0.82	1.19	0.88	.000	1.59	0.80	0.62	0.59	.000
ZWAN	2.29	0.80	1.47	0.96	.001	1.82	0.75	0.76	0.65	.000
UNSI	1.81	0.93	1.45	0.92	.135	1.58	0.91	0.53	0.64	.000
DEPR	2.39	0.93	1.69	0.91	.005	1.85	0.85	0.85	0.84	.000
ANGS	2.45	0.89	1.27	0.67	.000	1.81	0.93	0.64	0.75	.000
AGGR	1.99	1.30	0.92	1.01	.000	1.58	1.03	0.47	0.59	.000
PHOB	1.69	1.09	0.65	0.74	.000	1.47	0.98	0.35	0.49	.000
PARA	1.67	1.02	1.18	0.94	.044	1.54	0.83	0.59	0.66	.000
PSYC	1.50	0.84	0.79	0.82	.001	1.27	0.81	0.51	0.66	.000
ZUSATZ	2.08	0.78	1.18	0.89	.000	1.79	0.87	0.59	0.53	.000
GSI	2.04	0.77.	1.22	0.69	.000	1.65	0.79	0.62	0.55	.000

Tabelle 5: Gegenüberstellung der neun SCL-90-R-Skalen und der Global Severity Scale (Signifikanz nach Mann-Whitney).

Aus dem BDI-Wert kann geschlossen werden, dass bei türkeistämmigen Patienten die Symptombelastung für Depression höher ist als bei deutschen Patienten. Die BDI-Werte bei der Aufnahme und nach vier Wochen werden in der folgenden Tabelle dargestellt:

BDI	Aufnahme				Nach 4 Wochen			
	Türkeistämmige		Deutsche		Türkeistämmige		Deutsche	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
	29.40	10	22.81	9.64	24.20	12.02	12.60	10.27

Tabelle 6: Vergleich der BDI-Werte bei türkeistämmigen und deutschen Patienten

Da die Auswertung der anhand SCL-90-R und BDI gewonnen Daten einen signifikanten Unterschied – ausser bei UNSII – zwischen der Symptombelastung bei den türkeistämmigen und den deutschen Teilnehmern sowohl beim Eintritt in die Rehabilitationsklinik als auch nach vier Wochen Therapie zeigt, wird die zweite Hypothese bestätigt.

8.3. Überprüfung der dritten Hypothese

Die dritte Hypothese lautet:

- Bei türkeistämmigen Patienten haben Faktoren wie die vorherige Erfahrung mit einem deutschsprachigen Therapeuten, die Zugangsart und die Erwartung an muttersprachliche Therapie einen signifikanten Einfluss auf den Therapieerfolg.

Bei der Überprüfung der dritten Hypothese wird davon ausgegangen, dass „eine statistisch signifikante Verbesserung festgestellt werden kann, wenn der GSI nach der Therapie im Rohwert um mindestens 0.30 (...) gesunken ist“ (Franke, 2002, S. 30). Des Weiteren wird davon ausgegangen, dass beim BDI „als klinisch relevant (...) der Punktwert von 18 und darüber“ gilt (Hautzinger et al., 1995, S. 15). Bei der dritten Hypothese werden ausschliesslich Daten der türkeistämmigen Rehabilitanden verwendet.

Die Überprüfung mit dem Chi-Quadrat-Test zeigt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Therapieerfolg und

- der vorherigen Erfahrung mit einem deutschsprachigen Psychotherapeuten,
- der Zugangsart,
- dem Rentenwunsch bei Eintritt in die Rehabilitationsklinik sowie bei der Messung nach vier Wochen.

Der Zusammenhang zwischen den Erwartungen an muttersprachliche Psychotherapie und Therapieerfolg wurde mit den entsprechenden Variablen (WARUM3–WARUM6, GSI_ERFOLG und BDI_ERFOLG) untersucht. Da es sich in diesem Fall um eine kleine Stichprobe (N=30) handelt, wird die Signifikanz des Zusammenhanges mit dem Exakt-Test nach Fisher geprüft. Es zeigt sich zwischen den Erwartungen und dem Therapieerfolg kein signifikanter Zusammenhang.

Nach der Auswertung der Daten wird die dritte Hypothese für diese Stichprobe verworfen. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen Therapieerfolg und Therapieerwartung, Therapieerfolg und Zugangsart, Therapieerfolg und Rentenwunsch bestätigte sich anhand dieser Stichprobe nicht.

8.4. Weitere Analysen zur Unterstützung der Ergebnisse der Hypothesenprüfung

Wegen eines möglichen Einflusses auf den Therapieerfolg werden weitere Analysen durchgeführt.

8.4.1. Vergleich des Therapieerfolges nach Geschlecht

Der Unterschied des Therapieerfolges wurde anhand der Gesamtstichprobe nach Geschlecht überprüft. Da die Variablen GSI_DIFF und BDI_DIFF normalverteilt sind, wird für die Überprüfung der t-Test für unabhängige Gruppen angewandt. Hier zeigt sich ein signifikanter Unterschied [$t(58) = 2.79, p = 0.007$] nach dem SCL-90 R zwischen Frauen (M=.68, SD=.61) und Männern (M=.30, SD=.45).

Ausgehend von diesem Befund werden im Folgenden weitere Analysen zum Vergleich von weiblichen und männlichen, türkeistämmigen und deutschen Patienten durchgeführt.

8.4.2. Vergleich von türkeistämmigen Männern und Frauen hinsichtlich der Symptombelastung nach SCL-90-R und BDI

Es wird durch den t-Test für unabhängige Stichproben untersucht, ob sich die GSI-Werte bei der Aufnahme und nach vier Wochen bei türkeistämmigen und deutschen Patienten

unterscheiden. Die Frauen (M= 1.88, SD= .89) haben bei der Aufnahme einen niedrigeren GSI-Wert als die Männer (M= 2.12, SD= .72), doch ist der Unterschied nicht signifikant. Nach vier Wochen ist der GSI-Wert bei Frauen (M= 1.36, SD= .87) weiterhin niedriger als bei Männer (M= 1.80, SD= .73), allerdings ist dieser Unterschied auch nicht signifikant.

Hinsichtlich des BDI-Summenwertes wurde der Unterschied mit dem Mann-White-U-Test überprüft. Hier zeigt sich lediglich bei der Aufnahme ein signifikanter Unterschied ($p= 0.014$) zwischen Frauen und Männern. Die BDI-Summenwerte bei der Aufnahme und nach vier Wochen werden auf Tabelle 7 gezeigt.

BDI	Aufnahme		Nach 4 Wochen	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer

Tabelle 7: Vergleich von türkeistämmigen Frauen und Männern hinsichtlich BDI-Summenwert

8.4.3. Vergleich des Therapieerfolges bei türkeistämmigen Frauen und Männern

Die GSI-Differenz ist bei türkeistämmigen Frauen (M= .52, SD= .90) höher als bei türkeistämmigen Männern (M= .32, SD= .49), doch ist dieser Unterschied nicht signifikant. An den Werten ist zu erkennen, dass sowohl die türkeistämmigen Frauen als auch Männer den GSI-Wert von 0.30, der eine Verbesserung anzeigt, überschreiten. Die BDI-Differenz ist bei Männern (M=5.20, SD= 9.59) höher als bei Frauen (M= 4.40; SD= 13.30), jedoch ist der Unterschied auch nicht signifikant.

8.4.4. Vergleich des Therapieerfolges von türkeistämmigen und deutschen Frauen

Ausgehend von dem obigen Befund wird der Therapieerfolg anhand der Variablen GSI_DIFF zwischen türkeistämmigen und deutschen Frauen verglichen. Da sich in diesem Fall die Stichprobengröße auf 31 Frauen reduziert, wird die Normalverteilung nach dem Kolmogorov-Smirnov-Test nochmals überprüft. Es zeigte sich, dass die Normalverteilung bei beiden Variablen gegeben ist und die Überprüfung mit dem t-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt werden kann. Trotz des Unterschiedes zu Gunsten der deutschen Frauen zeigt sich kein signifikanter Unterschied bei der

Überprüfung der Variable GSI_DIFF zwischen türkeistämmigen (M= .52, SD= .90) und deutschen Frauen (M= .76, SD= .40).

8.4.5. Vergleich des Therapieerfolges von türkeistämmigen und deutschen Männern

Der Therapieerfolg wird anhand der Variablen GSI_DIFF zwischen türkeistämmigen und deutschen Männern verglichen. Da es sich in diesem Fall um eine Stichprobengröße von 29 handelt, wird die Normalverteilung nach dem Kolmogorov-Smirnov-Test überprüft. Die Normalverteilung ist gegeben, und die Überprüfung kann mit dem t-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt werden. Obwohl die GSI_DIFF-Mittelwerte auseinanderliegen, ist ein signifikanter Unterschied zwischen türkeistämmigen (M= .32, SD= .49) und deutschen Männern (M= .25, SD= .35) nicht zu verzeichnen. Somit ist eine statistisch signifikante Verbesserung für türkische Männer gegeben, aber nicht für deutsche Männer.

8.4.6. Vergleich der GSI-Werte von türkeistämmigen und deutschen Männern

Ausgehend vom obigen Befund, dass deutsche Männer bei der GSI-Differenz keinen Wert mindestens 0.30 aufweisen, der auf eine statistisch signifikante Verbesserung hindeutet, werden die Prä- und Post-GSI-Werte der Männer beider Gruppen analysiert. Hier zeigt sich, dass der GSI-Mittelwert bei der Aufnahme (GSI1) für türkeistämmige Männer (M= 2.12, SD= .72) signifikant höher ist [$t(27) = 3.77, p = .001$] als für deutsche Männer (M= 1.02, SD= .75).

Ein signifikanter Unterschied [$t(27) = 3.30, p = .003$] zeigt sich auch bei dem GSI-Wert nach vier Wochen (GSI2). Deutsche Männer weisen einen dem Cut-off-Punkt näheren Mittelwert (M=.77, SD= .89) auf und gelten im Hinblick auf den für diese Arbeit nach Nospert (1999) definierten GSI-Schweregrad als leichte Fälle. In dieser Stichprobe gelten türkeistämmige Männer nach dem GSI2-Wert (M= 1.80, SD= .73) nach vier Wochen Therapie immer noch als schwere Fälle.

Anhand dieses Befundes kann bezüglich türkeistämmiger Männer sowohl die erste als auch die zweite Hypothese nochmals bestätigt werden.

8.4.7. Vergleich der Differenzwerte der einzelnen SCL-90-R-Skalen bei türkeistämmigen und deutschen Patienten

Da sämtliche Variablen und die Differenz der Prä- und Post-Messungen in den SCL-90-R-Skalen nach dem Kolmogorov-Smirnov-Test normalverteilt sind, wird zum Vergleich der Differenzen der t-Test für unabhängige Stichproben angewandt. Hier zeigt sich, dass kein signifikanter Unterschied zwischen den Werten für die Skalen SOMADIFF, ZWANDIFF, DEPRDIFF, ANGSDIFF, AGGRDIFF, PHOBDIFF und PSYCDIFF vorhanden ist. Allerdings zeigt sich ein signifikanter Unterschied in den Differenzwerten für die SCL-90-R- Skalen UNSIDIFF [$t(58) = -3.23, p = 0.002$] und PARADIFF [$t(58) = -2.39, p = 0.023$].

8.4.8. Vergleich nach dem SCL-90-R-Schweregrad von türkeistämmigen und deutschen Patienten

Wie bereits im Abschnitt 6.4.5.2. dargelegt, wurden nach Nosper (1999) Variablen bezüglich des SCL-90-R-Schweregrades aus den Variablen für den Prä- und Post-GSI-Wert umformiert (GSI1_Schweregrad1 und GSI2_Schweregrad2). Die Analyse wird jeweils für den Zeitpunkt der Aufnahme und für den Zeitpunkt nach vier Wochen mit dem 2x2-Design-Chi-Quadrat-Test durchgeführt. Das Ergebnis der Analyse zeigt, dass sowohl zum Zeitpunkt der ersten Messung [$\chi^2(1) = 14.067, p = 0.000$] als auch nach vier Wochen [$\chi^2(1) = 19.46, p = 0.000$] ein signifikanter Unterschied zwischen türkeistämmigen und deutschen Patienten vorhanden ist. Das Verhältnis der türkeistämmigen zu den deutschen Patienten bezüglich des GSI-Schwerefalles wird in der folgenden Tabelle 8 dargestellt:

GSI - Schweregrad	Aufnahme		Nach vier Wochen	
	Türkeistämmige	Deutsche	Türkeistämmige	Deutsche
Leichte Fälle (0 – 0.99)	4	18	3	25
Schwere Fälle (1 – 4)	26	12	22	5

Tabelle 8: SCL-90-R-Schweregrad

8.4.9. Vergleich türkeistämmiger und deutscher Patienten nach GSI-Cut-off-Punkt

Der Vergleich bezüglich des GSI-Cut-off-Punktes von 0.70 (siehe Abschnitt 6.4.2.4) wird mit dem 2x2-Design-Chi-Quadrat-Test durchgeführt.

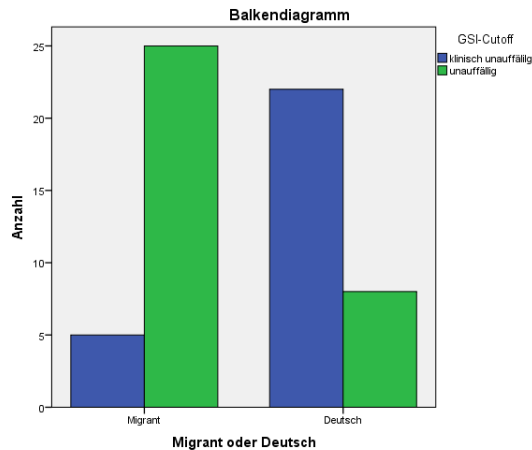


Abbildung 5: Vergleich der türkeistämmigen und deutschen Patienten nach GSI-Cut-off-Punkt

Die Analyse ergibt, dass 5 (16,7%) türkeistämmige Patienten unter dem Cut-off-Punkt liegen, wobei 22 (73,3%) deutsche Patienten nach vier Wochen Rehabilitationsaufenthalt bzw. psychotherapeutischen Massnahmen unter dem Cut-off-Punkt liegen. Der Unterschied zwischen türkeistämmigen und deutschen Patienten ist demnach signifikant [$\chi^2(1) = 19.461, p = .00$].

8.4.10. Vergleich türkeistämmiger und deutscher Patienten nach BDI-Cut-off-Punkten

Es wird ein Vergleich bezüglich des BDI-Cut-off-Punktes für klinische Unauffälligkeit (siehe Abschnitt 6.4.3.2) zwischen den türkeistämmigen und den deutschen Patienten anhand des 2x2-Design-Chi-Quadrat-Test durchgeführt. 10 türkeistämmige Patienten (33%) liegen unter dem BDI-Summenwert von 18 Punkten, wogegen 22 deutsche (73,3%) unter diesem Summenwert liegen. Der Unterschied bezüglich des BDI-Cut-off-Punktes ist nach dem Exakten Test nach Fisher signifikant [$\chi^2(1) = 9.64, p = 0.002$].

Anschliessend wurde auch ein Vergleich hinsichtlich des BDI-Cut-off-Punktes für Unauffälligkeit (siehe Abschnitt 6.4.3.2) mit dem 2x2-Chi-Quadrat-Test durchgeführt. Übereinstimmend mit dem obigen Ergebnis zeigt sich, dass 5 türkeistämmige

Rehabilitanden (16.7%) und 14 deutsche Rehabilitanden (46.7%) unter dem BDI-Summenwert von 11 Punkten liegen. Dieser Unterschied ist signifikant [$\chi^2(1) = 6.24$, $p = 0.012$].

8.5. Weitere Analysen, die den Nutzen der Therapie in der Muttersprache unterstützen

Da für die Masterarbeit die Muttersprache von Bedeutung ist, werden weitere Untersuchungen im Zusammenhang mit der Muttersprache durchgeführt. Da die diesbezüglichen Analysen lediglich für die türkeistämmige Gruppe durchgeführt werden und sich somit die Teilnehmerzahl ($N=30$) verringert, wird die Überprüfung nicht mit dem 2x2-Chi-Quadrat-Test, sondern mit dem Exakten Test nach Fisher gemacht.

8.5.1. Deutschkenntnisse und Gründe für die Bevorzugung einer muttersprachlichen Therapie

Variable WARUM1 (Ich kann kein Deutsch): Es wird untersucht, ob anhand der Stichprobe ein Zusammenhang zwischen der Ausdrucksfähigkeit in Deutsch und der Bevorzugung einer muttersprachlichen Therapie von Teilnehmerseite vorhanden ist. Hier zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang ($p = 0.006$).

Des Weiteren wurde überprüft, inwiefern ein Zusammenhang zwischen der Ausdrucksfähigkeit des Patienten auf Deutsch und dem Zugangsweg *Arzt Empfehlung* und *Zuweisung durch die Renten- oder Arbeitslosenversicherung* vorhanden ist. Zweck dieser Untersuchung ist, das Verhalten der Zuweisungsinstanzen zu eruieren. Für die Überprüfung wurde die entsprechende Variable zu der Frage im demographischen Fragebogen *Wie haben Sie von der Klinik erfahren?* in eine neue Variable mit zwei Kategorien (1. Arzt / Renten- oder Arbeitslosenversicherung, 2. Sonstiges) umgewandelt. Bei dem Exakten Test nach Fisher tritt ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Ausdrucksfähigkeit und des Zugangs durch den Arzt/der Rentenversicherung zur muttersprachlichen Therapie auf ($p = 0.009$).

8.5.2. Vergleich der Gründe für eine muttersprachliche Therapie aus Patientensicht bei der Aufnahme und nach vier Wochen

Wie bereits im Abschnitt 6.4.1. dargestellt, wurden türkeistämmige Rehabilitanden gefragt, aus welchen Gründen sie eine türkischsprachige Therapie bevorzugen. Diese Fragen wurden bei der Aufnahme und auch nach vier Wochen beantwortet, wobei bei den Antworten Mehrfachnennung möglich waren.

Die Unterschiede der Prä- und Post-Befragung bezüglich der Beantwortung der Warum-Fragen 3–6 sind der Tabelle 9 zu entnehmen (siehe unten).

Es wurde nach der Empfehlung von Janssen & Laatz (2007) mit dem nichtparametrischen Test für verbundene Stichproben, nämlich dem McNemar-Test überprüft, ob diese Unterschiede signifikant sind. Das Ergebnis der Analyse zeigt, dass es ein hochsignifikanter Unterschied zwischen den Häufigkeiten der Prä- und Post-Antworten von WARUM3 ($p = .000$) und WARUM4 ($p = .000$) vorhanden ist. Der Unterschied bezüglich der WARUM5-Frage ist augenscheinlich und angesichts der Stichprobengröße als marginal signifikant ($p = .065$) zu betrachten, da der p -Wert unter 0.1 liegt.

Gründe für Therapie in Türkisch - Teilnehmersicht		Aufnahme N (% aller Fälle)	Entlassung N (% aller Fälle)
WARUM1	Keine Deutschkenntnisse.	14 (48.3%)	14 (46.7%)
WARUM2	Mein behandelnder Arzt hat mich geschickt.	16 (55.2%)	16 (53.3%)
WARUM3	Ich kann mich besser öffnen.	15 (51.7%)	28 (93.3%)
WARUM4	Ich kann besser verstanden werden.	15 (51.7%)	27(90.0%)
WARUM5	Therapie wird erfolgreicher.	13 (44.8%)	20 (66.7%)
WARUM6	Zusammensein mit anderen türkischen Patienten.	9 (31%)	11 (36.7%)

Tabelle 9: Gründe für die Therapie in Türkisch aus der Sicht der Teilnehmer.

8.6. Weitere Analysen mit Variablen, die einen Einfluss auf den Therapieerfolg haben könnten

8.6.1. Korrelation zwischen Lebensjahren in Deutschland und SCL-90-R sowie BDI

Die Korrelation zwischen den Lebensjahren in Deutschland und der SCL-90-R-Skalen wird unter der Annahme, dass sowohl die Lebensjahre als auch die SCL-90-Skalenwerte, GSI-Werte und BDI-Werte metrisch sind, im Rahmen der Datenanalyse nach Pearson überprüft. Hierfür werden die Skalenwerte bei der Aufnahme verwendet. Die Analyse zeigt lediglich eine signifikante mittelstarke Korrelation zwischen den Lebensjahren in Deutschland und der *Skala für Depressivität* ($r = .437, p = .016$), der *Skala für Unsicherheit im Sozialkontakt* ($r = .414, p = .023$) und der *Skala für Aggressivität / Feindseligkeit* ($r = .380, p = .042$).

8.6.2. Einfluss des Heimatlandes des Ehepartners auf den Therapieerfolg

Die Analysen zeigten keinen Zusammenhang zwischen dem Heimatland des Ehepartners und dem Therapieerfolg.

8.7. Korrelation SCL-90-R und BDI

Es wurde die Korrelation zwischen SCL-90-R und BDI an beiden Messzeitpunkten nach Pearson überprüft. Hier zeigt sich sowohl bei türkeistämmigen und als auch deutschen Rehabilitanden eine hochsignifikante und starke Korrelation nach Pearson. Die Ergebnisse werden in der folgenden Tabelle für beide Gruppen gegenübergestellt:

Korrelationen nach Pearson	Türkeistämmige	Deutsche
GSI1 und BDI1	($r = .741^{**}, p = 0.00$)	($r = .679^{**}, p = 0.00$)
GSI2 und BDI2	($r = .945^{**}, p = 0.000$)	($r = .834^{**}, p = 0.000$)
DEPR1 und BDI1	($r = .716^{**}, p = 0.00$)	($r = .808^{**}, p = 0.00$)
DEPR2 und BDI2	($r = .907^{**}, p = 0.00$)	($r = .935^{**}, p = 0.00$)

Tabelle x – Korrelation GSI und BDI

** Die Korrelation ist auf dem 0.01 Niveau signifikant (zweiseitig)

*Die Korrelation ist auf dem Niveau 0.05 signifikant (zweiseitig)

9. Diskussion

9.1. Zusammenfassung

Ausgehend einerseits von der Zunahme der Beschäftigung mit dem Thema *Migration und psychische Gesundheit* und andererseits dem Zweifel bezüglich des Therapieerfolges bei Menschen mit Migrationshintergrund, geht die vorliegende Masterarbeit der Fragestellung nach, ob sich der Therapieerfolg bei einer muttersprachlich durchgeführten Therapie bei Patienten mit türkischem Migrationshintergrund vom Therapieerfolg bei Patienten ohne Migrationshintergrund unterscheidet.

Zur Beantwortung der Fragestellung beschäftigt sich der theoretische Teil der Masterarbeit mit dem Thema Migration, im Besonderen mit der Migration türkeistämmiger Menschen nach Deutschland. Es werden in diesem Zusammenhang die psychischen und psychosozialen Belastungen der Türkeistämmigen in Deutschland sowie die subjektiven Krankheitskonzepten dargestellt. Die Bedeutung der Muttersprache in der Psychotherapie und der Dolmetschereinsatz in der Psychotherapie werden diskutiert. Des Weiteren werden die Themen Rehabilitation und türkeistämmige Patienten in der Rehabilitation gestreift.

Im empirischen Teil der Masterarbeit wird die durchgeführte quantitative Untersuchung zur Beantwortung der Fragestellung dargestellt. Die Daten wurden in einer Rehabilitationsklinik für Psychosomatik und Ganzheitsmedizin in Deutschland von 30 türkeistämmigen und 30 deutschen Rehabilitanden, insgesamt also 60 Rehabilitanden, konsekutiv erhoben. Die Datenerhebung erfolgte an zwei Messpunkten, nämlich bei der Aufnahme in die Rehabilitationsklinik sowie nach vier Wochen Rehabilitationsaufenthalt mit Psychotherapie und Psychoedukation. Die erhobenen Daten wurden unter Berücksichtigung der Hypothesen ausgewertet. Im empirischen Teil werden auch die Messinstrumente, nämlich der demographische Fragebogen, die Symptomcheckliste SCL-90-R und das Beck-Depressions-Inventar (BDI) sowie einschlägige Begriffe diskutiert.

Die Auswertung der Datenanalyse mit SPSS 20 zeigt, dass – trotz Unterschiede bezüglich der Geschlechter- und Altersstruktur und des Bildungsstand in beiden Gruppen – bei türkeistämmigen Rehabilitanden ein vergleichbarer Therapieerfolg bei einer muttersprachlich durchgeführten Psychotherapie wie bei deutschen Rehabilitanden bei

einer deutschen Psychotherapie erzielt wird. Es ist allerdings zu berücksichtigen, dass hier unter Therapieerfolg nicht unbedingt eine Symptomfreiheit bzw. Gesundheit, sondern vielmehr eine Verbesserung hinsichtlich der Symptombelastung verstanden werden muss. Eine sogenannte Gesundheit bzw. ein Wert unter dem SCL-90-R-Cut-off-Punkt konnte nach vier Wochen Rehabilitationsaufenthalt bei 22 deutschen Patienten und lediglich bei fünf türkeistämmigen Patienten beobachtet werden.

Die Datenanalyse konnte darlegen, dass türkeistämmige Patienten sowohl bei der Aufnahme als auch nach vier Wochen Rehabilitationsaufenthalt nach ihrer Selbstbeurteilung psychisch und körperlich belasteter waren als deutsche Patienten. Faktoren, wie vorherige Psychotherapieerfahrung in Deutsch, Zugangsart und Erwartungen von der muttersprachlichen Therapie hatten bei dieser Stichprobe keinen Einfluss auf den Therapieerfolg.

Die Ergebnisse zeigen, dass zum Zeitpunkt der Aufnahme bei türkeistämmigen Rehabilitanden zwischen den Lebensjahren in Deutschland und den GSI- und BDI-Werten bei der Aufnahme keine Korrelation besteht. Eine Korrelation ist lediglich mit den SCL-90-R-Skalen für Depressivität und Unsicherheit im Sozialkontakt vorhanden. Des Weiteren zeigt sich eine starke Korrelation zwischen den GSI- und BDI-Werten bei der Aufnahme und nach vier Wochen, so dass beide Tests sich sowohl gegenseitig als auch die Reliabilität für diese Stichprobe bestätigen. Die Eigenschaft der Stichprobe bezüglich den Lebensjahren in Deutschland erlaubte nicht, den Zusammenhang zwischen den Lebensjahren in Deutschland und dem Therapieerfolg zu überprüfen.

Die Ergebnisse der Analyse der Antworten türkeistämmiger Rehabilitanden bezüglich der Fragen zur Eruiierung der Gründe, warum sie eine türkischsprachige Therapie bevorzugt haben, zeigen Unterschiede zwischen der ersten und zweiten Befragung. Es zeigt sich, dass sich nach vier Wochen Psychotherapie in Türkisch die Erwartung, sich psychisch öffnen zu können und verstanden zu werden, signifikant erhöht hat. Es liegt auch eine marginale Signifikanz bezüglich der Erwartung, dass die Therapie in Türkisch erfolgreicher wird, vor.

9.2. Interpretation der Ergebnisse

Die vorliegende Masterarbeit geht anhand folgender Hypothesen der Fragestellung nach, ob sich der Erfolg bei Patienten mit Migrationshintergrund aus der Türkei von dem Erfolg bei deutschen Patienten unterscheidet, wenn beide Gruppen eine Psychotherapie in ihrer jeweiligen Muttersprache erhalten:

- Bei einem stationären Rehabilitationsaufenthalt mit muttersprachlicher Psychotherapie kann bei türkeistämmigen Patienten ein Therapieerfolg wie bei deutschen Patienten erzielt werden.
- Es zeigen sich signifikante Unterschiede bei Patienten mit Migrationshintergrund und Patienten ohne Migrationshintergrund in den Subskalen des SCL-90-R und im BDI sowohl bei der Aufnahmebefragung als auch bei der Befragung nach vier Wochen.
- Bei türkeistämmigen Patienten haben Faktoren wie die vorherige Erfahrung mit einem deutschsprachigen Therapeuten, die Zugangsart und die Erwartung an eine muttersprachliche Therapie einen signifikanten Einfluss auf den Therapieerfolg.

Die Stichprobe umfasst insgesamt 60 türkeistämmige und deutsche Patienten. Die Gruppen sind zahlenmässig gleich gross, allerdings unterscheiden sie sich hinsichtlich der Geschlechterverteilung, des Bildungsstandes und der Erwerbstätigkeit sehr. In der türkeistämmigen Gruppe ist die Zahl der Frauen um die Hälfte weniger als in der deutschen Gruppe. Dieser Zustand ist allerdings nicht darauf zurückzuführen, dass türkeistämmige Frauen in dem Zeitraum der Untersuchung weniger an Rehabilitationsmassnahmen teilnahmen, sondern auf die Tatsache, dass viele türkeistämmige Frauen nicht (ausreichend) schriftkundig bzw. nicht in der Lage waren, die Tests selbstständig auszufüllen.

Die durchschnittlichen Lebensjahre in Deutschland betragen bei den türkeistämmigen Rehabilitanden 27.2 Jahre, wobei 60% der Gruppenteilnehmer mehr als 30 Jahre in Deutschland leben. Trotzdem sind die Deutschkenntnisse bzw. die Ausdrucksfähigkeit in Deutsch unzureichend.

Mehr als die Hälfte der türkeistämmigen Patienten gaben an, von ihrem Arzt oder Psychologen von der türkischsprachigen Rehabilitation erfahren zu haben und wegen derselben Beschwerden, die sie zur Rehabilitation geführt haben, in einer deutschsprachigen psychotherapeutischen Behandlung zu sein.

Aus diesen Befunden ergeben sich zwei Schlussfolgerungen: Erstens, dass türkeistämmige Rehabilitanden vor ihrem Klinikaufenthalt psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen (Kızılhan, 2010), der Psychotherapie gegenüber aufgeschlossen sind und diesbezüglich durchaus individualistisch vorgehen können, wenn sich die Möglichkeit anbietet (Erim & Senf, 2006). Zweitens, dass die geringen Deutschkenntnisse tatsächlich eine Barriere für den Psychotherapeuten und den Patienten hinsichtlich der Psychotherapie darstellen, so dass dem Patienten eine muttersprachliche Therapie durch deutschsprachige Psychotherapeuten nahegelegt wird.

Die erste Hypothese überprüft bei türkeistämmigen und deutschen Patienten separat den Therapieerfolg, wobei als Therapieerfolg wie im Abschnitt 6.4.2.3 dargestellt wird, nicht eine Symptombefreiheit, sondern eine Verminderung des Global-Severity-Index (GSI) um ein Wert von mindestens 0.30 Punkte und die Abnahme der Beck-Depressions-Inventar-Werte (BDI-Werte) verstanden wird. Um dies überprüfen zu können, wurden türkeistämmige und deutsche Patienten bei der Aufnahme in die Klinik und nach vier Wochen anhand der in Abschnitt 6.4.vorgestellten Messinstrumente getestet. Sowohl in der türkeistämmigen als auch in der deutschen Gruppe konnte eine Abnahme des GSI-Wertes bzw. eine Differenz zwischen der ersten und zweiten Messung von mehr als 0.30 Punkten festgestellt werden. Obwohl die GSI-Differenz bei der deutschen Gruppe höher ist als bei der türkeistämmigen Gruppe, ist dieser Unterschied nicht signifikant, so dass davon ausgegangen werden kann, dass bei einer muttersprachlichen Therapie Türkeistämmige eine ähnliche Verbesserung wie die deutschen Patienten erzielen können. Dasselbe Ergebnis gilt auch hinsichtlich der BDI-Differenzen. Somit lassen sich sowohl die Befunde von Kızılhan et al. (2011) über den Therapieerfolg türkeistämmiger und deutscher Patienten als auch die Annahme von Mösko et al. (2008), dass die Ergebnisse des Therapieerfolges bei türkeistämmigen Patienten bei einer muttersprachlichen Therapie günstiger ausfallen könnten, bestätigen. Der vergleichbare Therapieerfolg bei türkeistämmigen Rehabilitanden lässt die Schlussfolgerung zu, dass durch eine muttersprachliche Psychotherapie Fehldiagnosen durch sprachliche – verbale sowie non-verbale – Missverständnisse vermindert und eine entsprechende Psychotherapie

durchgeführt werden kann, wodurch sich möglicherweise auch die Übermedikation bei türkeistämmigen Patienten (siehe Abschnitt 5.3.) möglichst vermeiden liesse. Schon aus dieser Sicht hat die Aufforderung der Bundetherapeutenkammer (BPtK) vom 18. Dezember 2011 (siehe S. 2) ihre Berechtigung.

Des Weiteren ist zu erwähnen, dass das türkischsprachige Angebot in Deutschland im Laufe der letzten Jahre zwar nicht ausreichend, aber stark zugenommen hat, zunehmend in Anspruch genommen wird und positiven Zuspruch findet. Dadurch könnte sich auch die Einstellung über die Wirkung der Psychotherapie bzw. die Therapiemotivation bei türkeistämmigen Menschen positiv verändert haben.

Diesbezüglich scheint auch die Tatsache wichtig zu sein, dass das türkischsprachige psychotherapeutische Angebot eher durch türkeistämmige Therapeuten mit ähnlichen Migrationserfahrungen gewährleistet wird, was vermutlich aus der Sicht des Patienten die Inanspruchnahme und den therapeutischen Beziehungsaufbau erleichtert. Das soziale Gefälle zwischen Versorger und Patient (siehe Abschnitt 4.1.) könnte dadurch aufgehoben werden und dazu führen, dass Patienten von der Psychotherapie mehr profitieren.

Unter Berücksichtigung, dass türkeistämmige Migranten durch die Kommunikationsmittel und die Medien sehr stark mit der Türkei in Verbindung stehen, kann davon ausgegangen werden, dass parallel dazu auch die positive Einstellung gegenüber Psychotherapie und Psychotherapeuten in der Türkei und das in den Medien vermittelte positive Bild von Psychologen eine Rolle spielen (Ataman, 2011). Sowohl die positive Einstellung als auch das positive Bild können eine Veränderung in Krankheitskonzepten, in Therapiemotivation und in der Einstellung zu Hilfequellen mit sich bringen, die die Inanspruchnahme und den Therapieerfolg begünstigen.

Hinsichtlich des nicht-signifikanten Unterschiedes und hinsichtlich des Therapieerfolges zwischen türkeistämmigen und deutschen Patienten sollten die (erheblichen) Unterschiede bezüglich des Bildungsstandes, der Alter- und Geschlechterstruktur sowie der Erwerbstätigkeit beider Gruppen berücksichtigt werden. Bereits die Unterschiede hinsichtlich des Therapieerfolges bei Frauen und Männern lassen erahnen, dass bei einer Parallelisierung der Gruppen der Therapieerfolg sich zugunsten des Therapieerfolges bei Türkeistämmigen ändern könnte. Auch ist davon auszugehen, dass bei einer Parallelisierung der Gruppen hinsichtlich des Bildungsstandes dieser nicht-signifikante

Unterschied nicht auftreten würde, da zu beachten ist, dass subjektive Krankheitskonzepte bzw. Therapiemotivation stark vom Bildungsniveau abhängen.

Anhand der Überprüfung der zweiten Hypothese konnte dargelegt werden, dass die Symptombelastung bei türkeistämmigen Rehabilitanden sowohl bei der Aufnahme als auch nach vier Wochen signifikant höher ist als bei den deutschen. Die starke und hochsignifikante Korrelation zwischen SCL-90-R und BDI an beiden Messzeitpunkten bestätigen die Reliabilität der Messungen. Die höhere Symptombelastung kann einerseits im Zusammenhang des höheren Schmerzausdruckes und andererseits unter Berücksichtigung der ungünstigen Lebensumstände der türkeistämmigen Rehabilitanden (siehe Abschnitt 2.1.–2.4) gesehen werden, wie zum Beispiel niedrigere aktive Erwerbstätigkeit. Als ungünstige Lebensumstände können des Weiteren genannt werden: die sozioökonomische Lage, die Wohnsituation, die zum Teil feindlich und aggressiv erscheinende/wahrgenommene Umwelt in Deutschland, die hohen finanziellen Erwartungen der Angehörigen in der Türkei sowie die möglicherweise geringen Kompetenzen und mangelnden Ressourcen, sich als Migrant aus ländlichen Regionen der Türkei in einem hochindustrialisierten Land zurechtzufinden (siehe Abschnitt 2.1. & 2.2). Unter Berücksichtigung der ungünstigen Komponenten im Leben der türkeistämmigen Rehabilitanden – insbesondere derjenigen, die der zweiten Welle der Migranten aus der Türkei angehören – erscheint es in vielen Fällen leichtsinnig, dies ausschliesslich mit orientalisches-mediterranen Gepflogenheiten, die man als *morbus bosporus* zu bezeichnen pflegt, zu erklären (siehe Abschnitt 4). Der signifikante Unterschied zwischen den türkeistämmigen und den deutschen Rehabilitanden hinsichtlich der Differenzwerte bei den SCL-90-Skalen für *Unsicherheit im Sozialkontakt* und *Paranoides Denken* können auf die unkomfortable Situation zurückgeführt werden, als türkeistämmiger und sehr wahrscheinlich islamischer Migrant in einer durch Sarrazzin-Debatten, NSU-Morde und Brandanschläge vermutlich feindlich und aggressiv wahrgenommen Umwelt zu leben.

Die höhere Symptombelastung der türkeistämmigen Rehabilitanden dürfte dafür verantwortlich gemacht werden, dass türkeistämmige Rehabilitanden sowohl bei der Aufnahme als auch nach vier Wochen hinsichtlich der GSI-Werte signifikant häufiger als schwere Fälle gelten und signifikant weniger oft als deutsche Patienten die Cut-off-Werte für den SCL-90-R und BDI unterschreiten. Es ist anzunehmen, dass bei der höheren Symptombelastung eine längere stationäre und anschliessende ambulante Nachfolgetherapie vonnöten ist, um die Cut-off-Werte zu unterschreiten.

Die höhere Symptombelastung der türkeistämmigen Patienten, insbesondere bezüglich des BDI und der SCL-90-R-Skala für Depressivität kann als Zeichen verstanden werden, dass sie sich nach Sluzki (2011) in der „Phase der Dekompensation“ (S. 110) und nach Machleidt et al. (2009) in der „Phase der kritischen Anpassung oder Dekompensation“ (S. 1126) und/oder in der „Phase der Trauer“ (S. 1127) befinden. Dieser ungünstige Zustand kann durch eine muttersprachliche Psychotherapie verbessert werden, da sie die Möglichkeit bietet, dass Psychotherapien häufiger verschrieben werden (siehe S. 2) und dadurch der *Zaungast-Zustand* (siehe S. 2) Türkeistämmiger als Beitragszahlende verbessert werden kann. Es können für einmalige oder kurzfristige Beratungsgespräche Dolmetschereinsätze in Frage kommen, allerdings scheint bei der hohen Symptombelastung eine längerfristige Psychotherapie mit Dolmetscher eine zusätzliche Belastung mit sich zu bringen (siehe Abschnitt 3.3.1–3.3.2.), die die Inanspruchnahme verhindert und die Bereitschaft zur Fortführung der Psychotherapie reduziert.

Die Befunde der Datenanalyse dieser Masterarbeit zeigen, dass türkeistämmige Rehabilitanden nach vier Wochen Psychotherapie in Türkisch häufiger davon überzeugt sind, sich einem Türkisch sprechenden Therapeuten öffnen können, dass ein Türkisch sprechender Therapeut sie besser verstehen kann und dass die Therapie erfolgreicher sein kann. Dieser Befund weist darauf hin, dass türkeistämmige Patienten mit Türkisch sprechenden Therapeuten eine Therapiebeziehung aufbauen und ihre Therapiemotivation steigern konnten, was sich auch in den Differenzwerten des SCL-90-R Global Severity Index und dem Beck-Depressions-Inventar (BDI) bei Prä- und Post-Messungen bzw. im Therapieerfolg widerspiegelt. In diesem Zusammenhang soll auch darauf hingewiesen werden, dass Patienten nach vier Wochen Psychotherapie und weiteren Interventionen in Türkisch wie Psychoedukation und PMR (siehe Abschnitt 6.3.) davon zahlenmässig häufiger überzeugt waren, dass die Psychotherapie in Türkisch erfolgreicher sein kann. Dieser Befund – wenn auch lediglich marginal signifikant – ist von grosser Bedeutung, da er belegt, dass die Therapie selbst als solche die türkeistämmigen Patienten von ihrer Wirksamkeit überzeugt und dazu beiträgt, die passive Behandlungserwartung (siehe Abschnitt 5.3.–5.4.) zu revidieren.

9.3. Fazit

Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass

- diese Stichprobe – insbesondere für Angehörige der zweiten Welle der türkeistämmige Migranten – repräsentativ für einen Teil der Türkeistämmigen ist,
- die Beseitigung des Sprachproblems als vornehmliche Barriere für die psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung von türkeistämmigen Menschen keine realistische Erwartung für die nahe Zukunft sein kann,
- die türkischstämmige Population in Deutschland einen unübersehbaren Teil der Gesamtbevölkerung ausmacht,
- bereits seit einigen Jahren von deutscher Seite der Diskussion ein Ende gesetzt worden ist, ob Migranten und insbesondere Türken zur Deutschland gehören oder nicht
- sich auf der Seite der Türkeistämmigen die Frage *bleiben oder gehen* im Laufe der Jahre erübrigt hat,

scheint das türkischsprachige Angebot eine gute Lösung zu bieten, die zu einer Verbesserung der psychischen und psychosozialen Probleme von Türkeistämmigen führt. Die Verbesserung kann zu einer Ressourcenaktivierung und Kompetenzerweiterung bei Türkeistämmigen beitragen, so dass eine Segregation wahrscheinlich weniger angestrebt wird. Dies kann die Integration fördern und die Qualität des Zusammenlebens von Türkeistämmigen und Deutschen durch eine mögliche Aggressionsverminderung erhöhen.

Durch das türkischsprachige Angebot wird die grösste Barriere, nämlich die Sprachbarriere, aufgehoben. Dies ist unter Berücksichtigung der Tatsache, dass mehr als die Hälfte der türkeistämmigen Patienten (dieser Stichprobe) nicht in der Lage ist, sich auf Deutsch gut auszudrücken, besonders wichtig. Durch das türkischsprachige Angebot kann eine beachtliche Zahl von deprivierten Personen in das psychotherapeutische Versorgungssystem eingeschlossen werden und möglicherweise wegen Krankheit und Arbeitsausfälle verursachten Kosten reduziert werden. Und letztendlich lassen sich durch Verbesserung der psychischen und psychosozialen Probleme der Türkeistämmigen eine bessere Integration und ein besseres Zusammenleben mit weniger Separation und Segregation erzielen.

Angesichts der Tatsache, dass eine Psychotherapie mit Dolmetscher zeitaufwendiger und teurer ist und zudem Probleme bezüglich der Bereitschaft der Inanspruchnahme und der therapeutischen Allianz mit sich bringt, scheint die muttersprachliche Psychotherapie die bessere Lösung zu sein, die angestrebt werden sollte.

9.4. Methodenkritik

Im Rahmen der Masterarbeit konnten im gegebenen Zeitraum zahlenmässig wenige Rehabilitanden erreicht und lediglich eine Prä- und Post-Messung mit vier Wochen Abstand durchgeführt werden. Ein grösseres Zeitfenster könnte die Möglichkeit bieten, bei türkeistämmigen Patienten, die länger als vier Wochen in der Klinik behandelt werden, den Therapieerfolg anhand von Prä-, Mitte- und Posterhebungen zu eruieren.

Zudem konnte aufgrund der Zahl der Rehabilitanden, die an der Erhebung teilnahmen, keine Parallelisierung der Stichprobe hinsichtlich der Geschlechts- und Altersstruktur, des Bildungsstandes und der Erwerbstätigkeit durchgeführt werden.

Obwohl davon auszugehen ist, dass ein Grossteil der Patienten bereits medikamentös behandelt wurde und der Rehabilitationserfolg der Psychotherapie bzw. der Psychotherapie in der Muttersprache zuzuschreiben ist, wurden die Rehabilitanden nicht gefragt, ob und wie lange sie medikamentös behandelt worden sind. Um diesbezügliche Zweifel gänzlich zu beseitigen, könnte bei zukünftigen Untersuchungen genaue Information über die jeweilige Medikation eingeholt werden.

Die Patienten wurden nicht nach ihren subjektiven Krankheitskonzepten und nach ihrer Religiosität befragt, da dies im Rahmen einer quantitativen Erhebung nicht angemessen erschien. Zukünftig könnten Patienten darüber hinaus durch eine qualitative Erhebung befragt werden, so dass Informationen über Veränderungen bezüglich subjektiver Krankheitskonzepte, die Einstellung zur Psychotherapie, die Einstellung zur muttersprachlichen Therapie und den subjektiv empfundenen Profit von einer muttersprachlichen Therapie eingeholt werden können. Eine qualitative Erhebung würde auch den Vorteil mit sich bringen, nicht schriftkundige Patienten in die Stichprobe einzuschliessen.

9.5. Implikation

Da sich erkennen lässt, dass türkeistämmige Patienten bei einem muttersprachlichen Angebot der Psychotherapie gegenüber aufgeschlossen sind und davon durchaus profitieren, könnte der Aufforderung der Bundespsychotherapeutenkammer nach muttersprachlicher Psychotherapie in Türkisch Folge geleistet und Möglichkeiten erweitert werden, die muttersprachliche psychische und psychosoziale Versorgung von türkeistämmige Menschen in Ballungszentren zu vergrössern. Angesichts des Anteils der Menschen mit Migrationshintergrund aus der Türkei in Deutschland wäre es von grossem Vorteil, romantische Auffassungen, dass sich Menschen aus anderen Kulturen nicht weiterentwickeln und ihre Einstellungen nicht ändern, zu überdenken und sie mit solchen festgefahrenen Einstellungen nicht zu separieren bzw. ihre Segregation zu unterstützen. Hier bietet die psychische und psychosoziale Versorgung in der Muttersprache eine gute Möglichkeit, die im Fall der Menschen mit Migrationshintergrund aus der Türkei gegeben und angesichts der nicht ausreichenden Sprachkenntnisse vieler in naher Zukunft immer noch notwendig ist. Hierfür könnte das Studium der Psychologie bei jungen türkischsprechenden Migranten gefördert werden.

Angesichts des Therapieerfolges bestünde auch die Möglichkeit, nicht nur von deutschsprachigen Versorgern interkulturelle Kompetenzen zu erwarten, sondern auch anhand von Psychoedukation türkeistämmige Migranten über westliche Krankheitsvorstellungen und Formen des Schmerzausdrucks zu informieren, so dass in Zukunft psychische/psychosoziale Beschwerden schneller erkannt und erforderliche psychotherapeutische Interventionen früher eingeleitet werden.

Da zu erwarten ist, dass sich die Zahl der Migranten in den nächsten Jahren weltweit erhöhen wird, können die Erfahrungen mit Türkisch sprechenden Menschen in Deutschland bzw. in Europa als Vorbild für andere grössere Migrantengruppen auch auf andere Weltteile transferiert werden.

10. Literaturverzeichnis

Aicher-Jakob, M. (2010). *Identitätskonstruktionen türkischer Jugendlicher. Ein Leben mit oder zwischen zwei Kulturen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Akhtar, S. (2007). *Immigration und Identität*. Gießen : Psychosozial.

Assion, H.-J., Stompe, T., Aichberger, M. C., Calliess, I. T. (2011). Depressive Störungen. In W. Machleidt & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie*. Migration und psychische Gesundheit (S. 321 - 332). München: Urban & Fischer.

Ataman, F. (2013). *Eine halbe Million mehr „Türken“*. [On-line]. Available: <http://mediendienst-integration.de/artikel/eine-halbe-million-mehr-tuerken.html>

Ataman, S. (2011). *Untersuchung der Bereitschaft zur Inanspruchnahme von psychologischen Angeboten in der Türkei (Ankara)*. Welche Gründe führen wann und wen in die psychologische Behandlung? Zürich: Bachelorarbeit ZHAW.

Ataman, S. (2012). *Resilienz und türkeistämmige Kinder und Jugendliche im deutschsprachigen Raum*. Mit welchen Zusätzlichen Risikofaktoren sind türkeistämmige Kinder und Jugendliche im Vergleich zu einheimischen Heranwachsenden konfrontiert? Unveröff. Seminararbeit, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Angewandte Psychologie.

Bade, K.J. (2002). Historische Migrationsforschung. *IMIS-Beiträge, Heft 20/2002*, 21 - 33.

Baschin, K., Ülsmann, D., Jacobi, F. & Fydrich, T. (2012). Inanspruchnahme psychosozialer Versorgungsstrukturen. Theoretisches Modell für Personen mit Migrationshintergrund. *Psychotherapeut*, 1, 7 – 14.

Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2003). *Migrationsbericht*. [On-line]. Available: http://www.zuwanderung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Themen/MigrationIntegration/migrationsbericht_2003.pdf?__blob=publicationFile

Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2012). 9. *Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland*. [On-line]. Available: http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Publikation/IB/2012-12-18-9-Lagebericht.pdf?__blob=publicationFile&v=3

- Begher, F.-P. (2009). Sozialarbeit mit Migranten im Kontext der Psychotherapie. In Y. Erim, *Klinische Interkulturelle Psychotherapie. Ein Lehr- und Praxisbuch*, (S. 106-117). Stuttgart: Kohlhammer.
- Behrens, K. & Calliess, I.T. (2011). Psychotherapeutischer Beziehungsaufbau im interkulturellen Erstkontakt. *Psychotherapeutenjournal*, 1, 12-20.
- Brähler, E., Petermann, F. & Rief, W. (2010). Psychotherapie und Migration. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58 (3), 161-163.
- Brandt, Wolfram A. (2010). *Kreuzvalidierung des ICD-10-Symptom-Rating-(ISR)-Selbstbeurteilungsfragebogens an 969 depressiven Patienten mit der SCL-90-R und dem BDI I*. Dissertation, Universität Regensburg.
- Brandes, I., Gerken, U. & Walter, U. (2009). Einflussfaktoren auf das gesundheitsbezogene Inanspruchnahmeverhalten türkischsprachiger Migranten. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 18, 124 – 134.
- Brause, M., Reutin, B., Razum, O. & Schott, T. (2012). Rehabilitationserfolg bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund – Eine Auswertung von Routinedaten der Deutschen Rentenversicherungen Rheinland und Westfalen. *Rehabilitation*, 51, 282-288.
- Brucks, U. (2004). Migration und psychische Erkrankung. *Psychoneuro*, 30, 4, 228 – 231.
- Böker, W. (1976). Die psychische Morbidität des Gastarbeiters – ätiologische Konzepte, Syndrome, therapeutische Probleme. In H. Reimann & H. Reimann (Hrsg.), *Gastarbeiter* (S. 169-189). München: Wilhelm Goldmann Verlag.
- Bundesbeauftragte für Migration, Flüchtlinge und Integration (2003). *Migrationsbericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration im Auftrag der Bundesregierung*.——. [On-line]. Available: http://www.zuwanderung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Themen/MigrationIntegration/migrationsbericht_2003.pdf?__blob=publicationFile
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2009). *Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung*. [On-line]. Available: http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Migrationsberichte/migrationsbericht-2009.pdf?__blob=publicationFile
- BPtK - Bundespsychotherapeutenkammer ((2010a). *Reformbedarf in der psychotherapeutischen Versorgung von Migranten*. [On-line]. Available: http://www.bptk.de/uploads/media/20100614_bptk_standpunkt_pt_versorgung_migranten.pdf

- BPtK - Bundespsychotherapeutenkammer (2010b). *BPtK fordert bessere psychotherapeutische Versorgung von Migranten*. [On-line]. Available: <http://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/bptk-fordert-2.html>
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (2011). *Pressemitteilung der BPTK*. Länder sollen 2012 muttersprachliche Psychotherapie für Migranten sicherstellen. [On-line]. Available: [On-line]. Available: http://www.bptk.de/uploads/media/2011-12-16_BPtK-zum-Internationalen-Tag-fuer-Migranten.pdf
- Bundesregierung (2009). Beauftragte für Migration, Flüchtlinge und Integration. *Geschichte*. [On-line]. Available: <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/IB/Artikel/Geschichte/2009-05-23-zuwanderungsland-deutschland.html>
- Caldwell-Harris, C. I. & Ayçiçeği-Dinn, A. (2009). Emotion and lying in a non-native language. *International Journal of Psychophysiology*, 71, 193-204.
- Carlson, Richard J. (1979). The mother tongue in psychotherapy. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 24(6), 542-546.
- Çiçek, H. (1989). *Psychische und Psychosomatische Störungen unter besonderer Berücksichtigung psychosexueller Störungen bei Arbeitsmigranten aus der Türkei*. Berlin: VWB, Verl. für Wiss. U. Bildung.
- Collatz, J., Kürşat-Ahlers, E. & Korporal, J. (1985). Einführung. In J. Collatz, E. Kürşat-Ahlers & J. Korporal (Hrsg.), *Gesundheit für Alle: Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik*, (S. 5 – 10). Hamburg: E.B.-Verlag Rissen.
- Dağ, İ. (1991). Belirti tarama listesi (SCL-90-R)'nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği [The reliability and validity of the SCL-90-R for university students]. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2, 5-12.
- Dammann, H.-G. (1995). Türken im Sprechzimmer. *Zeit Online*. [On-line]. Available: http://www.zeit.de/1995/05/Tuerken_im_Sprechzimmer
- Diefenbacher, A. & Heim, G. (1994). Somatic symptoms in Turkish and German depressed patients. *Psychosomatic Medicine*, 56, 551—556., 56, 551 – 556.
- Dudenredaktion (2007) (Hrsg.). *Duden Deutsches Universalwörterbuch* (6. überarbeitete und erweiterte Auflage). Mannheim u.a.: Dudenverlag.
- Duve, F. (1992). Terror in Deutschland. In Bahman Nirumand (Hrsg.), *Angst vor den Deutschen*, S. 19-27. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.
- Enginer, G. (2003). Elemterefiş. In E. Işın (Hrsg.), *Anadolu'da Büyü ve İnanışlar*, S. 50 - 61. İstanbul: Yapı Kredi Yayınları.

- Erim, Y. & Senf, W. (2006). Klinische interkulturelle Psychotherapie – Standpunkte und Zukunftsaufgaben. In B. Strauß & Michael Geyer (Hg.), *Psychotherapie in Zeiten der Globalisierung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Erim, Y. (2009). *Klinische Interkulturelle Psychotherapie*. Ein Lehr- und Praxisbuch. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ete, E. (2000). Ethnomedizinische und transkulturelle Aspekte bei türkisch-stämmigen psychisch kranken Patienten in einer Schwerpunktpraxis. In T. Heise & J. Schuler (Hrsg.), *Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland*. (S. 101-113). Berlin: VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Farooq, S. & Fear, C. (2003). Working through interpreters. *Advances in Psychiatric Treatment*, 9, 104 -109.
- Feber, v. L., Köster, I. & Celayir-Erdoğan, N. (2003). Türkische und deutsche Hausarztpatienten – Erkrankungen, Arzneimittelerwartungen und Verordnungen. *Gesundheitswesen*, 64, 304 – 311.
- FAZ – Frankfurter Allgemeine Zeitung (2011). *Kein Mensch passt in eine Schublade*. [On-line]. Available: <http://www.fazschule.net/project/die-welt-in-bewegung2011/842>
- Franke, G. H. (2002). *SCL-90-R Symptom Checkliste von L.R. Derogatis – Deutsche Version* (2. Auflage). Göttingen: Beltz.
- Franz, M., Lujic, C., Koch, E., Wüsten, B., Yürük, N. & Gallhofer, B. (2007). Subjektive Krankheitskonzepte türkischer Migranten mit psychischen Störungen – Besonderheiten im Vergleich zu deutschen Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 34, 332 – 338.
- Grinberg, L. & Grinberg, R. (1990). *Psychoanalyse der Migration und des Exils*. München; Wien: Verl. Internat. Psychoanalyse.
- Griner, D. & Smith, T. (2006). Culturally adapted mental health interventions: A meta-analytic review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43 (4), 531-548.
- 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. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58 (3), 181-187.
- Goetze, D. (1976) Probleme der Akkulturation und Assimilation. In H. Reimann & H. Reimann (Hrsg.), *Gastarbeiter* (S. 63 - 84). München: Wilhelm Goldmann Verlag.

- Gün, A.K. (2007). *Interkulturelle Missverständnisse in der Psychotherapie*. Gegenseitiges Verstehen zwischen einheimischen Therapeuten und türkeistämmigen Klienten. Freiburg, Br.: Lambertus.
- Gün, A. K. (2009). Interkulturelle Öffnung in den Institutionen der Gesundheitsdienste . In Y. Erim, *Klinische Interkulturelle Psychotherapie. Ein Lehr- und Praxisbuch*, (S. 118-134). Stuttgart: Kohlhammer.
- Gün, A.K. & Toker, M. (2010). „...keine Lust, meinem deutschen Therapeuten zu erklären, dass ich kein Pascha bin...“. *Psychotherapie im Dialog*, 11 (4), 352-356.
- Haasen, C. Yağdiran, O. , Lambert, M. & Maß, R. (2000). Psychosoziale Aspekte psychotischer Patienten türkischer Herkunft. In E. Koch, R. Schepker & S. Taneli (Hrsg.), *Psychosoziale Versorgung in der Migrationsgesellschaft:deutsch-türkische Perspektiven*, (S. 187-200) . Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Haasen, C., Yagdiran, O., Mass, R. & Krausz, M. (2000). Potential for misdiagnosis among Turkish migrants with psychotic disorders: a clinical controlled study in Germany. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 125 – 129.
- Hackenbroch, V. (2004). „Mein Nabel ist gefallen“. *Der Spiegel*, 2, 120 122. [On-line]. Available:
<http://wissen.spiegel.de/wissen/image/show.html?did=29610182&aref=image035/E0401/ROSP200400201200122.PDF&thumb=false>
- Häcker, H. & Stapf, K.-H. (Hrsg.), (2009). *Dorsch*. Psychologisches Wörterbuch (15., überarbeitete und erweiterte Ausgabe). Bern: Huber.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1995). *Beck-Depressions-Inventar (BDI)*. Testhandbuch (2. Auflage). Bern: Hans Huber.
- Hesse, B. & Gebauer, E. (2001). *Rehabilitation und Frühberentung bei jüngeren Antragsstellernmit psychischen Erkrankungen, Gesamtbericht*. Institut für Rehabilitationsforschung Nordeney, Abteilung Sozialmedizin – Münster. [On-line]. Available: http://www.rehaforschung-nordeney.de/img/eigene/Abschlussbericht_projekt_90.pdf
- Hisli, N. (1988). *Beck Depression Envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma*. Psikoloji Dergisi, 6 (22), 118 – 122.
- Hoffmann-Nowotny (1976). Gastarbeiterwanderungen und soziale Spannungen. In H. Reimann & H. Reimann (Hrsg.), *Gastarbeiter* (S. 43-62). München: Wilhelm Goldmann Verlag.
- Hofstede, G. & Hofstede, G. J. (2009). *Lokales Denken, globales Handeln*. Interkulturelle Zusammenarbeit und globales Management (4. Auflage). München: dtv.

- Holjewilken, K.-H. (1976). Herkunft und Beschäftigung ausländischer Arbeitnehmer in der Bundesrepublik Deutschland. In H. Reimann & H. Reimann (Hrsg.), *Gastarbeiter* (S. 13-22). München: Wilhelm Goldmann Verlag.
- IMO - International Organization for Migration(2010). *World Migration Report 2010. The Future of Migration: Building Capacities for Change*. [On-line]. Available: http://publications.iom.int/bookstore/free/WMR_2010_ENGLISH.pdf
- Jäckel, D., Hoffmann, H. & Weig, W. (2010). *Praxisleitlinien Rehabilitation für Menschen mit psychischen Störungen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Janssen, J. & Laatz, W. (2007). *Statistische Datenanalyse mit SPSS: Eine anwendungsorientierte Einführung in das Basissystem und das Modul Exakte Tests* (5. Auflage). Berlin: Springer Gabler.
- Kağıtçıbaşı, Ç. (1990). *İnsan, Aile ve Kültür* (3. Baskı). İstanbul: Remzi.
- Kahraman, B. & Knoblich, G. (2000). «Stechen statt Sprechen»: Valenz und Aktivierbarkeit von Stereotypen über Türken. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 31 (1), 31-43.
- Kahraman, B. (2007). Psychologischer Dienst für Migrantinnen und Migranten, München. In Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. *Gesundheit und Integration*, 2. überarbeitete Auflage, (S. 197 – 199). [On-line]. Available: http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Publikation/IB/gesundheit-und-integration.pdf;jsessionid=C73846EADA9029E630D6567431BC0FC4.s3t2?_blob=publicationFile&v=6
- Kahraman, B. (2008). *Die kultursensible Therapiebeziehung : Störungen und Lösungsansätze am Beispiel türkischer Klienten*. Gießen : Psychosozial.
- Kahraman, B. (2010). Same same but different. Kultursensible Verhaltenstherapie mit MigrantInnen. *Migration*, 11, 306-321.
- Kiesel, D., Kriechhammer-Yağmur & von Lüpke (1994) (Hrsg.). *Kränkung und Krankheit*. Psychische und psychosomatische Folgen der Migration. Frankfurt a.M.: Haag + Heerchen.
- Kılıç, M. (1991). Belirti Tarama Listesi (SCL-90R)'in geçerlik ve güvenilirliği (The validity and reliability of the SCL-90-R). *Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 1(2), 45-52.
- Kızıllhan, J. İ. (2005). Migrationserfahrungen als Ausgangspunkt von Biographiearbeit. *Forum Erziehungshilfe*, 11 (3), 140 – 143.

- Kızılhan, I. (2007). Spezifische Behandlungskonzepte in der Psychosomatik für Migranten, Königsfeld. In Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2007). *Gesundheit und Integration*, 2. überarbeitete Auflage (S. 200 – 2006). [On-line]. Available: http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Publikation/IB/gesundheit-und-integration.pdf;jsessionid=C73846EADA9029E630D6567431BC0FC4.s3t2?_blob=publicationFile&v=6
- Kızılhan, J. (2008). Interaktion von Krankheitswahrnehmung und Krankheitsbewältigung bei türkischstämmigen Patienten – Eine vergleichende Studie. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 29 (4), 352 – 366.
- Kızılhan, J. I. (2009). Subjektive Krankheitswahrnehmung bei MigrantInnen aus familienorientierten Gesellschaften. *Heinrich-Böll-Stiftung, Dossier Migration & Gesundheit*. [On-line]. Available: http://www.migration-boell.de/web/integration/47_2112.asp
- Kızılhan, J. I. (2010). *Subjektive Krankheitswahrnehmung bei MigrantInnen aus familienorientierten Gesellschaften*. [On-line]. Available: <http://www.generationen.at/download/2010/janilhankizilhan.pdf>
- Kızılhan, J. İ. (2011a). Psychologie der Migration. In W. Machleidt & Andreas Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie*. Migration und psychische Gesundheit (S. 55-62). München: Urban & Fischer.
- Kızılhan, J. İ. (2011b). Zum psychotherapeutischen Arbeiten mit Migrantinnen und Migranten in psychosomatisch-psychiatrischen Kliniken. *Psychotherapeutenjournal*, 1, 21-27.
- Kızılhan, J. İ. (2001c). Verhaltenstherapie bei Migranten islamisch-familienorientierter Gesellschaften. *Klinische Verhaltenstherapie und Rehabilitation*, 88, 19 – 23.
- Kızılhan, J. İ. & Haag, G. (2011). Die Rolle der therapeutischen Beziehung bei der Behandlung türkischer Schmerzpatienten. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 88, 14-18.
- Kızılhan, J. İ., Haag, G. & Bengel, J. (2011). Vergleichsstudie über 10 Jahre stationäre psychosomatische Rehabilitation bei türkischstämmigen Patienten: Eine prospektive Studie. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 83, 9 – 13.
- Kızılhan, J. İ. (2012) Schmerzhaft Konflikte. *Gehirn und Geist*, 7-8, 56 - 61.
- Kobelt, A., Göbber, J. & Petermann, F. (2011). Die Bedarfsfrage in der Rehabilitation und die Versorgung neuer Zielgruppen. *Bundesgesundheitsblatt*, 54, 475 – 481.

- Kobelt, A., Winkler, M. & Petermann, F. (2011). Vorbereitung und Nachbereitung der medizinischen Rehabilitation am Beispiel der psychosomatischen Rehabilitation. *Bundessgesundheitsblatt*, 54, 451 – 457.
- Koch, E. (1996). Der Kranke in der türkischen Familie. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 5, 61/31 – 34/64.
- Koptagel, G. (1971). Rehabilitation of the mentally handicapped in Turkey: *Past and Present*. In *Social Science & Medicine*, 5, 603 – 606.
- Kühl, J. (1976). Die Bedeutung der ausländischen Arbeitnehmer für die Bundesrepublik Deutschland. In H. Reimann & H. Reimann (Hrsg.), *Gastarbeiter* (S. 23-42). München: Wilhelm Goldmann Verlag.
- Leyer, E.M. (1991). Zwischen »Morbus Bosphorus« und »Zivilisationsmarionette«? Ein Beitrag zur Psychodynamik der Migration am Beispiel der türkischen Arbeitsemigranten. In H.- E. Richter & M. Wirsching (Hrsg.), *Neues Denken in der Psychosomatik*, (S. 141 – 152). Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verlag.
- Linden, M. (1985). Krankheitskonzepte von Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 1985, 12, 8 – 12.
- Machleidt, W. & Calliess, I. T. (2009). Behandlung von Migranten und transkulturelle Psychiatrie. In M. Berger (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen: Klinik und Therapie* (3. Auflage), (S. 1119 – 1143). München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Machleidt, W. & Gün, A.K. (2011). Tiefenpsychologische Behandlung interkulturell. In W. Machleidt & Andreas Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie*. Migration und psychische Gesundheit (S. 401 - 414). München: Urban & Fischer.
- Machleidt, W., Koch, E. Callies, I. T., Schepker, R. & Salman, R. (2011). Die Sonnenberger Leitlinien – Eine Programmatik für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Migranten. In W. Machleidt & Andreas Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie* . Migration und psychische Gesundheit (S. 135-143). München: Urban & Fischer.
- Manthei, R.J. (2006). Clients talk about their experience of seeking counselling. In *British Journal of Guidance & Counselling*, 34 (4), 519 – 538.
- Marcos, L., Alpert, M., Urcuyo, L. & Kesselman, M. (1973). The Effect of Interview Language on the Evaluation of Psychopathology in Spanish-American Schizophrenic Patients. *Am J Psychiatry*, 130 (5), 549 – 553.
- Marcos, Luis R. (1976). Bilinguals in psychotherapy: Language as an emotional barrier. *American Journal of Psychotherapy*, 30 (4), 552-560.

- Manthei, R.J. (2005). What can clients tell us about seeking counselling and their experience of it? In *International Journal for the Advancement of Counselling*, 4, 541 -555.
- Möske, 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. *PPmP - Psychotherapie-Psychosomatik-Medizinische Psychologie* 58, 176-182.
- Nosper, M. (1999). Psychosomatische Rehabilitation. Untersuchungen zur Ergebnis- und Prozessqualität von Einzel- und Gruppenpsychotherapien. Berlin: Logos Verlag.
- Öner, N. (2008). *Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testlerden Örnekler*. Bir Başvuru Kaynağı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi.
- Özdağlar, A. (2007). »Irgendwie anders« - Über Schwierigkeiten in deutsch-türkischen Psychanalyse. *Psyche: Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 61, 1093 – 1115.
- Özdemir, C. (1997). *Ich bin Inländer. Ein anatolischer Schwabe im Bundestag*. München: dtv.
- Özdemir, C. (2005). Persönliche und politische Erfahrungen mit Migration. In H.-J. Assion (Hrsg.), *Migration und seelische Gesundheit* (S. 103 - 106). Heidelberg: Springer.
- Özek, M. (2011). Zuwanderer treffen auf Deutsche. Die Sicht der Immigranten. . In W. Machleidt & Andreas Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und psychische Gesundheit* (S. 109-133). München: Urban & Fischer.
- Peterman, F. & Smolenski, C. (2012). Psychosomatische Rehabilitation. *Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin*, 22, 313 – 315.
- Pfeiffer, Christian & Wetzels, Peter(2000): *Junge Türken als Täter und Opfer von Gewalt, Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen*. Forschungsbericht Nr. 81. [On-line]. Available: <http://kfn.de/versions/kfn/assets/jungetuerken.pdf>
- Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (2013a). *Böhmer: „Deutschland ist ein Einwanderungsland!“* [On-line]. Available: <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Pressemitteilungen/BPA/2013/01/2013-01-30-boehmer-deutschland-einwanderungsland.html>

Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (2013b). *Optionsmodell*. [On-line]. Available:

<http://www.bundesregierung.de/Content/DE/StatischeSeiten/Breg/IB/Einbuengerung/gp-optionsmodell.html>

Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (2013c). *Übergangsregelung*. [On-line].

Available:<http://www.bundesregierung.de/Content/DE/StatischeSeiten/Breg/IB/Einbuengerung/gp-c1-uebergangsregelung.html;jsessionid=34251E5EB05B8AFA695F2D675D9A56BA.s1t2?nn=437032>

Reimann, H. & Reimann, H. (1976). Einführung. In H. Reimann & H. Reimann (Hrsg.), *Gastarbeiter* (S.7-12). München: Wilhelm Goldmann Verlag.

Reimer, C., Eckert, J., Hautzinger & Wilke, E. (2007). *Psychotherapie*. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen (3. Auflage). Heidelberg: Springer.

Rodewig, K. (2000). Stationäre psychosomatische Rehabilitation von Migranten aus der Türkei. Sind monokulturelle Behandlungseinheiten sinnvoll? *Psychotherapeut*, 6, 350 – 355.

Sarrazin, T. (2008). *Deutschland schafft sich ab*. Wie wir unser Land aufs Spiel setzen (10. Auflage). München: Deutsche Verlags-Anstalt.

Saunders, S.M. (1993). Applicants' Experience of the Process of seeking therapy. In *Psychotherapy*, 30 (4), 554 - 564

Schmeling-Kludas, Boll-Klatt, A. & Fröschlin, R. (2000). Türkischsprachiges stationäres Psychosomatisches Heilverfahren. In E. Koch, R. Schepker, S. Taneli (Hrsg.), *Psychosoziale Versorgung in der Migrationsgesellschaft* (S. 80 – 92). Freiburg im Breisgau: Lambertus.

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.

Scholze-Stubenrecht, W., Sykes, J.B., Clark, M. & Thyen, O. (2001). (Hrsg.). Oxford-Duden German Dictionary. New York: Oxford University Press.

- Schultz, D. (2003). Kulturelle Kompetenz in der psychiatrischen Versorgung von Migrant/innen und Minderheiten: Herausforderung und Chance. In R. Geene, C. Gold, C Hans (Hrsg.), *Armut und Gesundheit, Gesundheitsziele gegen Armut: Netzwerke für Menschen in schwierigen Lebenslagen*. Band 1. Berlin: b_books. 2. Auflage. S. 240- 251. [On-line]. Available: <http://www.sgw.hs-magdeburg.de/eumahp/exemple1/exemple2/Modul03/yhtml/pdf/kulturelle-kompetenz.pdf>
- Sieben, A. & Straub, J. (2011). Stereotype, Vorurteile und Diskriminierung in der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. In W. Machleidt & Andreas Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie*. Migration und psychische Gesundheit (S. 67 - 74). München: Urban & Fischer.
- Sluzki, C. E. (2010). Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In T. Hegemann & R. Salman (Hg.), *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie* (S: 108-123). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Şölçün, S. (2008). *Entzauberte Nation. Literarische Entdeckung türkischer Mentalität. Literarische Entdeckung türkischer Mentalität*. Duisburg: Universitätsverlag Rhein-Ruhr.
- Spiegel (1973). „Die Türken kommen – rette sich, wer kann“. *Spiegel*, 31, 24-34.
- Steinhausen, H.-C., Bearth-Carrari, C. , Winkler Metzke, C. (2009). *Migration und Psychosoziale Adaptation*. Eine Studie an jungen Ausländern, Doppelbürgern und Schweizern. Bern: Hans Huber.
- Steinmann, I. & Wagner, R. (1986). *Psychosomatische Probleme türkischer Arbeitnehmer und ihrer Familien. Probleme und Möglichkeiten professioneller Hilfestellung in der Region Mittelhessen. Abschlußbericht zu einer Expertenbefragung*. Gießen: Zentrum für Psychosomatische Medizin der Justus-Liebig Universität Gießen.
- Sturm, G. & Moro, M. R. (2010) Frauen in der Migration. Genderspezifische Bedürfnisse von Migration. In T. Hegemann & R. Salman (Hg.), *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie* (S: 259-272). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Sylla, F. (2008). *Integrationspolitik: 30 Jahre Amt im Wandel. Ohne Integrationspolitik zur Integration. Ein Amt im Wandel*. [On-line]. Available: <http://www.demokratie-spiegel.de/deutschland/integrationspolitik/integrationspolitik30jahreamtimwandel.htm>

- Theilen, I. (1985). Überwindung der Sprachlosigkeit türkischer Patienten in der Bundesrepublik: Versuch einer ganzheitlichen Medizin mit türkischen Patienten als Beitrag zur transkulturellen Therapie. In J. Collatz, E. Kürşat-Ahlers & J. Korporal (Hrsg.), *Gesundheit für Alle: Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik*, (S. 292 – 322). Hamburg: E.B.-Verlag Rissen.
- Ültanır, E., Ültanır, G., Canbulat, M. & Uyanık, A. (2004). *Almanya'da Yaşayan Üçüncü Kuşak Türk Gençlerinin Sosyo Kültürel Yetileri*. [On-line]. Available: <http://www.pegema.net/dosya/dokuman/182.pdf>
- Unschuld, P.U. (1996). Offen und sensibel sein. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 138 (5), 24/54 – 55/25.
- Uslucan, H.-H. (2011). Dabei und doch nicht mittendrin. Die Integration türkeistaemmiger Zuwanderer. Berlin: Wagenbach.
- Vogelgesang, M. (2011). Psychische Störungen bei Migrantinnen und Möglichkeiten der Behandlung. *Praxis klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 88, 4 - 8.
- Volkan, V. D. (1975). Turkey. In J. G. Howells (Ed.), *World History of Psychiatry* (pp. 383-399).
- Westermann, J. (1990). Working with an Interpreter in Psychiatric Assessment and Treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178 (12), 745 – 749.
- Westermann, J. & Janca, A. (1997). Language, Culture and Psychopathology: Conceptual and Methodological Issues. *Transcultural Psychiatry*, 34 (3), 291 – 311.
- World Health Organization (2003). International Migration, Health & Human Rights. [On-line]. Available: http://www.who.int/hhr/activities/en/intl_migration_hhr.pdf
- Yagdiran, O., Haasen, C. & Krausz, M. (2001). Psychotisches Erleben im transkulturellen Spannungsfeld. *Psychiatrische Praxis*, 28, 380 – 382.
- Zeiler, J. & Zarifoğlu, F. (1997). Psychische Störungen bei Migranten: Behandlung und Prävention. *Zeitschrift für Sozialreform*, 1997(4), 300 – 335. .
- Zielke-Nadkarni, A. (2011). Der andere Blick: Zum Erleben und Verhalten türkischer Migranten im Rahmen psychiatrischer Pflegesituationen – Aspekte der Fort- und Weiterbildung. In W. Machleidt & Andreas Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie* . Migration und psychische Gesundheit (S. 579-589). München: Urban & Fischer.
- Zimmermann, E. (1994). Ausländische Patienten in der klinischen Praxis. In D. Kiesel, S. Kriechhammer – Yagmur & H. von Lüpke (Hrsg.), *Kränkung und Krankheit: Psychische und psychosomatische Folgen der Migration*, (S. 25 -38). Frankfurt am Main: Haag + Herchen.

11. ANHANG

A – Resolution des III. Deutsch-Türkischen Psychiatriekongresses vom 15. bis zum 19. September 1998 in Berlin

B – Sonnenberger Leitlinien von 2002

C – Pressemitteilung der Bundespsychotherapeutenkammer vom 18.12.2011

Ergebnisse des I. Türkisch-Deutschen Psychiatriekongresses (Resolution)

Vom 16.-22. April 1994 fand in Antalya der 1. Türkisch-Deutsche Psychiatriekongress statt, bei dem durch Vorträge, Diskussionen und Kurse Probleme der "Psychologie und Pathologie der Migration und des Kulturwandels" behandelt wurden. Der Kongress war veranstaltet von der Türkischen Gesellschaft für Neuropsychiatrie, der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, der Universitätsklinik für Psychiatrie Istanbul/Çapa, dem Psychiatrischen Krankenhaus Marburg des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen und dem Ethnomedizinischen Zentrum Hannover.

Mehr als 220 Experten aus der Türkei, der Schweiz, Österreich und Deutschland, nahmen teil; neben Psychiatern und Psychologen auch zahlreiche Vertreter weiterer Fachrichtungen, die zur Förderung und Wiederherstellung psychischer Gesundheit beitragen.

Seit den fünfziger Jahren sind Millionen von Arbeitsmigranten und Flüchtlingen nach Westeuropa gekommen. Die vorhandenen präventiven und kurativen Strukturen erwiesen sich bislang in ihrer Funktion für die Bewältigung der hieraus erwachsenden gesundheitlichen Probleme als unzureichend. Dies führte zu bedrohlichen Entwicklungen, welche die Veranstalter und Teilnehmer des Kongresses zu folgenden Empfehlungen führten.

Das Leben in Flüchtlingslagern, Elendsquartieren und Ghettos bedroht die gesunde Entwicklung und das friedliche Zusammenleben innerhalb der Gesellschaft. Da heilkundliche Maßnahmen allein nicht ausreichen, sind die Politiker gefordert, sozialwissenschaftliche Erkenntnisse präventiv und korrigierend umzusetzen und weitere Forschung zu fördern.

Zu der von Politikern und Arbeitsmigranten ursprünglich erwarteten und auch vorgesehenen Remigration ist es nur bei einem Teil der Migranten gekommen. Bei vielen kam es zu langfristigen Aufenthalten, die zunehmend endgültigen Charakter tragen. Hieraus ergeben sich bei nicht wenigen individuelle, familiäre und gesellschaftliche Konflikte. Diese fordern auf heilkundlichem Gebiet nachstehend aufgeführte Vorkehrungen, die nur mit politischer Flankierung durchführbar sind.

a.) Bei Diagnostik, Behandlung und Betreuung psychisch gestörter Migranten sind psychosoziale und kulturelle Faktoren, die bisher weitgehend unbeachtet geblieben sind, zu berücksichtigen. Einrichtungen der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung müssen auch für Patienten dieser Bevölkerungsgruppe zugänglich gemacht werden.

b.) Umgehend sollten Modellmaßnahmen mit wissenschaftlicher Begleitung begonnen und alsbald zu einem flächendeckenden Versorgungssystem entwickelt werden. Dabei bedarf es muttersprachlicher Therapeuten und speziell ausgebildeter Dolmetscherdienste.

c.) Die Bedürfnisse der allmählich aus dem Berufsleben ausscheidenden Arbeitsmigranten sind sicherzustellen, wobei besondere Aufmerksamkeit einem Gutachtenwesen zu widmen ist, welches auch soziokulturelle Faktoren berücksichtigt.

d.) Gesetzliche Maßnahmen, wie die Änderung des Staatsbürgerschaftsrechtes und gesetzliche Verankerung der Wiederkehrproption sind erforderlich. Bereits in Vorschul- und Schulalter werden Weichen für eine körperlich und psychisch gesunde Entwicklung und gesellschaftliche Integration gestellt. Entsprechend ist hier eine intensive Öffentlichkeitsarbeit und Erwachsenenbildung zu fördern. Jeglicher

Form von ethnischer und religiöser Diskriminierung ist entgegenzuwirken. In diesem Zusammenhang wird die Dringlichkeit eines Antidiskriminierungsgesetzes betont.

e.) Auch die Reintegration der in ihr Herkunftsland zurückgekehrten Migranten bedarf wirksamer Unterstützung. Entsprechende Einrichtungen sind zu schaffen und zu fördern.

Folgende konkrete Schritte wurden auf dem Kongreß eingeleitet:

1. Gründung der Türkisch-Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit.
2. Fortsetzung der Kooperation in Arbeitskreisen, die bereits während des Kongresses zu unterschiedlichen Themen initiiert wurden (u.a. muttersprachliche Therapeuten; Migrantenversorgung im öffentlichen Dienst; Hilfe bei der Remigration; psychologisch-psychiatrisches Wörterbuch; Psychotherapie und Psychosomatik; Gutachtenfragen).
3. Regelmäßige Folgekongresse mit interdisziplinärer Zusammenarbeit.

Die Gründung der "Deutsch-Türkischen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit" am 28. Nov. 1994 in Marburg erfolgte als wesentliches Ergebnis des Kongresses in Antalya.

Dabei wurden in der Satzung als Ziele der Gesellschaft die Förderung der Zusammenarbeit von türkischen und deutschen Fachkräften aus Psychiatrie, Psychologie, Sozialarbeit und anderen Fächern, die zur psychischen Gesundheit beitragen, benannt. Regelmäßige binationale Tagungen, Austausch von Fachkräften und Publikationen sollen angeregt werden. Dies betrifft auch Forschung und Lehre, die sich mit der Verbesserung der psychosozialen Lage von Migranten, Remigranten und deren Angehörigen in der Türkei und den deutschsprachigen Ländern befaßt. Nicht zuletzt soll eine angemessene Gesetzgebung für die Belange von Migranten und Remigranten gefördert werden.

„Wie können MigrantInnen in therapeutische Prozesse und psychiatrische Versorgungssysteme integriert werden?“

Fachtagung Internationales Haus Sonnenberg vom 8.11.2002-10.11.2002

Die 12 Sonnenberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen in Deutschland.

Die „Sonnenberger Leitlinien“ wurden als Grundlage für eine nationale Initiative zur Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung und zur Integration von MigrantInnen mit psychischen Erkrankungen in die bundesdeutsche Gesellschaft entworfen. Sie wurden auf der Sonnenberger Fachtagung verabschiedet und wurden den psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachgesellschaften zur Orientierung und Umsetzung vorgelegt.

Die Rahmenbedingungen für die Integration psychisch kranker MigrantInnen bilden die europäische Einwanderungspolitik, das deutsche Zuwanderungsgesetz und die Politik der interkulturellen Öffnung im deutschen Gesundheitswesen. In einem Land mit gesetzlich geregelter Zuwanderung wie der Bundesrepublik Deutschland geht es nicht um die einseitige Anpassung der MigrantInnenpopulation an das Gesundheitssystem, sondern um die Öffnung des Systems in allen seinen Bereichen, wie z.B. im Bereich der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung, für die Bedürfnisse und psychohygienischen Erfordernisse der MigrantInnenpopulation. Es geht dabei um einen wechselseitigen Prozeß des Kompetenzzuwachses und der Vertrauensbildung mit dem Ziel, MigrantInnen mit denselben hohen Qualitätsstandards und Heilerfolgen zu behandeln wie Einheimische.

Dafür bestehen in der deutschen Psychiatrie/Psychotherapie unter historischen und Gegenwartsaspekten gute Voraussetzungen. Emil Kraepelins bahnbrechende Untersuchungen zur Frage der kulturübergreifenden Anwendbarkeit psychiatrischer Klassifikationssysteme bildeten den Beginn der transkulturell-psychiatrischen Forschung in Deutschland und waren Ausgangspunkt für die heute weltweit verbreiteten diagnostischen Systeme ICD-10 und DSM IV. Deutschsprachige Ethnopschoanalytiker wie Parin, Morgenthaler, Erdheim u.a. gaben der kulturübergreifenden analytischen Forschung und Theoriebildung wesentliche Impulse. Deutsche PsychiaterInnen wirkten in Entwicklungsländern beim Aufbau der psychiatrischen Versorgung, in der studentischen Lehre, in der Aus- und Weiterbildung von FachärztInnen sowie bei der Gründung psychiatrischer Fachgesellschaften federführend mit. Insbesondere im letzten Jahrzehnt hat es zahlreiche

ermutigende Initiativen zur Öffnung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems in Deutschland auf der Ebene der Kommunen, der Länder sowie des Bundes gegeben. Die migrationsbezogenen Spezialdienste kirchlicher und karitativer Organisationen haben dazu hilfreiche Vorarbeit geleistet. Die Bedeutung der Versorgung psychisch kranker MigrantInnen ist von den unterzeichneten und weiteren Fachgesellschaften und Institutionen auf wissenschaftlichen Kongressen und Weiterbildungstagungen zum Thema gemacht worden. Die wissenschaftliche Migrationsforschung hat sich dadurch intensiviert und qualitativ erheblich verbessert. Zahlreiche deutsche und internationale Publikationen geben dafür eindrucksvolle Beispiele.

Als Ergebnis dieser Entwicklung ist die Bedeutung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen zunehmend in das Bewußtsein einer breiteren Fach- und gesellschaftlichen Öffentlichkeit gedrungen. Diese Tatsache ist eine gute Voraussetzung dafür, mit einer nationalen Initiative durch die führenden Fachgesellschaften in Deutschland eine grundlegende Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen mit psychischen Erkrankungen zu erreichen.

Die folgenden 12 Strategien sind zur Umsetzung sinnvoll:

- Erleichterung des Zugangs zu der psychiatrisch-psychotherapeutischen und allgemeinmedizinischen Regelversorgung durch Niederschwelligkeit und Kultursensitivität
- Bildung multikultureller Behandlungsteams aus allen in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen unter bevorzugter Einstellung von MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund und zusätzlicher Sprachkompetenz
- Organisation und Einsatz psychologisch geschulter FachdolmetscherInnen als zertifizierte Übersetzer und Kulturmediatoren „Face-to-Face“ oder als TelefondolmetscherInnen
- Kooperation der Dienste der Regelversorgung im gemeindepsychiatrischen Verbund mit den Migrations-, Sozial- und sonstigen Fachdiensten sowie mit Schlüsselpersonen der unterschiedlichen Migrantengruppen, -organisationen und -verbänden. Spezielle Behandlungserfordernisse können Spezialeinrichtungen notwendig machen.
- Bereitschaft aller in der Psychiatrie/Psychotherapie tätigen Berufsgruppen zur Beteiligung der Betroffenen und ihrer Angehörigen an der Planung und Ausgestaltung der versorgenden Institutionen
- Verbesserung der Information durch muttersprachliche Medien und Multiplikatoren

über das regionale gemeindepsychiatrische, klinische und ambulante Versorgungsangebot und über die niedergelassenen Fach- und Allgemeinärzte

- Aus-, Fort- und Weiterbildung für in der Psychiatrie/Psychotherapie und in der Allgemeinmedizin tätige MitarbeiterInnen unterschiedlicher Berufsgruppen in transkultureller Psychiatrie/Psychotherapie unter Einschluß von Sprachfortbildungen
- Intensivierung der Prävention und Förderung der seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus Migrantenfamilien
- Unterstützung der Bildung von Selbsthilfegruppen mit/ohne professionelle Begleitung
- Sicherung der Qualitätsstandards für die Begutachtung von MigrantInnen im Straf-, Zivil- und Sozialrecht
- Aufnahme der transkulturellen Psychiatrie in die Curricula des Unterrichts für Studierende an Hochschulen
- Initiierung von Forschungsprojekten zur seelischen Gesundheit von MigrantInnen und deren Versorgung

Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachgesellschaften werden aufgerufen, sich die Qualitätsstandards der „12 Sonnenberger Leitlinien“ zur Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen mit psychischen Störungen in Deutschland zu eigen zu machen. Sie werden weiter dazu aufgerufen ihre Mitglieder zu motivieren diese Qualitätsstandards in der Krankenversorgung, in der studentischen Lehre, in der Ausbildung von FachärztInnen, in der Fortbildung aller in der Psychiatrie/Psychotherapie und Allgemeinmedizin tätigen Berufsgruppen und in der Forschung zur Verbesserung der seelischen Gesundheit und der gesellschaftlichen Integration von MigrantInnen umzusetzen.

Referat für Transkulturelle Psychiatrie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)

Deutsch-Türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit e.V. (DTGPP)
Ethno-Medizinisches Zentrum e.V., Hannover

Machleidt W, Salman R, Calliess IT (Hrsg.): Sonnenberger Leitlinien. Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie. Erfahrungen und Konzepte für Deutschland und Europa. VWB Berlin 2006

Prof. Dr. Wielant Machleidt (Kontaktadresse)

Leiter des Referats für Transkulturelle Psychiatrie und Migration der DGPPN,

Vorstandsvorsitzender des Ethnomedizinischen Zentrums (EMZ) Hannover e.V.

Medizinische Hochschule Hannover,

Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, Tel. +49 511 532 6617, Fax +49 511 532 2408

e-mail: wielant.machleidt@mh-hannover.de

Pressemitteilung

Länder sollten 2012 muttersprachliche Psychotherapie für Migranten sicherstellen BPTK zum Internationalen Tag der Migranten am 18.12.2011

Berlin, den 16. Dezember 2011: Die Länder sollten im Jahr 2012 die muttersprachliche Psychotherapie von psychisch kranken Migranten sicherstellen. Das fordert die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) anlässlich des Internationalen Tages der Migranten am 18. Dezember 2011. Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz, das am 1. Januar 2012 in Kraft tritt, ermöglicht es den Landesregierungen, bei der Bedarfsplanung stärker als bisher regionale Besonderheiten zu berücksichtigen. Dies können die Länder auch für eine Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Migranten nutzen.

Migranten mit psychischen Erkrankungen nehmen erheblich seltener psychotherapeutische Leistungen in Anspruch als andere Kranke. Ein Grund dafür ist, dass kaum muttersprachliche Psychotherapeuten vorhanden sind. „In Stadtbezirken, in denen eine Migrantengruppe mehr als zehn Prozent der Bevölkerung ausmacht, sollte deshalb die Zulassung von muttersprachlichen Psychotherapeuten geprüft werden“, forderte BPTK-Präsident Prof. Dr. Rainer Richter. „Dies auch, weil psychische Erkrankungen Integrationsfähigkeit und -bereitschaft einschränken oder sie unmöglich machen.“

In Deutschland leben 6,7 Millionen Menschen mit einem ausländischen Pass. 15,7 Millionen Menschen haben mindestens ein Elternteil, das nach Deutschland immigriert ist. Speziell bei den Menschen mit türkischem Migrationshintergrund sprechen fast 20 Prozent der hier lebenden Personen nicht ausreichend Deutsch, um eine psychotherapeutische Behandlung durchführen zu können. Psychotherapie ist besonders auf die gelungene sprachliche Verständigung zwischen Patient und Psychotherapeut angewiesen. Der Anteil von Migranten in der Bevölkerung variiert stark zwischen städtischen und ländlichen Regionen bzw. Industrieregionen. Er nimmt mit der Gemeindegröße zu und ist meist in Großstädten am höchsten. Auch zwischen den Stadtteilen bestehen erhebliche Unterschiede. So sind beispielsweise einzelne Stadtviertel durch einen besonders hohen Anteil von Migranten oftmals einer bestimmten Herkunft charakterisiert. Angesichts dieser räumlichen Verteilung ist es sinnvoll, in einzelnen Regionen ein spezielles Angebot vorzuhalten.

Ihr Ansprechpartner:

Herr Kay Funke-Kaiser
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Telefon: 030 278785-0
E-Mail: presse@bptk.de

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift: