

Aus dem Fachbereich Medizin
der Johann Wolfgang Goethe-Universität
Frankfurt am Main

betreut am
Institut für Allgemeinmedizin
Direktor: Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach, MPH

**Versorgungserfahrungen von Migrantinnen mit Depression im deutschen
Gesundheitssystem – Eine qualitative Interviewstudie zu Schwierigkeiten
und Wünschen beim Zugang zu Versorgung**

Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
des Fachbereichs Medizin
der Johann Wolfgang Goethe-Universität
Frankfurt am Main

vorgelegt von
Christine Eidmann

aus Lauterbach (Hessen)

Frankfurt am Main, 2021

Dekan: Prof. Dr. Stefan Zeuzem

Referentin: Prof. Dr. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch

Korreferentin: Prof. Dr. Sabine Wicker

Tag der mündlichen Prüfung: 06. Juli 2022

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-------|-----------------------------------------------------------------------|----|
| I. | Abstract (deutsch) | 4 |
| II. | Abstract (English) | 6 |
| III. | Übergreifende Zusammenfassung..... | 8 |
| 1. | Einleitung | 8 |
| 1.1 | Epidemiologische Einordnung..... | 8 |
| 1.2 | Behandlung und Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten | 10 |
| 1.3 | Versorgungszugang von Migrantinnen und Migranten mit Depression. | 12 |
| 1.4 | Fragestellung und Ziel | 12 |
| 2. | Darstellung der Publikation..... | 13 |
| 2.1 | Material und Methoden..... | 13 |
| 2.2 | Ergebnisse | 14 |
| 2.2.1 | Fehlendes Wissen..... | 14 |
| 2.2.2 | Stigmatisierung und Vorurteile | 14 |
| 2.2.3 | Mangelnde Behandlungscoordination und Beratung..... | 15 |
| 2.2.4 | Sprache | 16 |
| 2.2.5 | Wartezeiten | 17 |
| 3. | Diskussion | 17 |
| 3.1 | Allgemeine Anknüpfungspunkte für eine bessere Versorgung | 17 |
| 3.2 | Anknüpfungspunkte für die Allgemeinmedizin..... | 19 |
| 3.3 | Methodische Anmerkungen und Limitationen der Studie | 21 |
| IV. | Übersicht der Publikation mit Darstellung des eigenen Anteils..... | 23 |
| V. | Publikation | 24 |
| VI. | Literaturverzeichnis..... | 40 |
| VII. | Anhang | 46 |
| | Anhang 1 - Interviewleitfaden | 47 |
| | Anhang 2 - Demographische Daten der Teilnehmerinnen..... | 49 |
| | Anhang 3 - Finales Kategoriensystem | 50 |
| VIII. | Danksagung..... | 51 |
| IX. | Schriftliche Erklärung | 52 |

I. Abstract (deutsch)

Hintergrund und Fragestellung: Für Menschen mit Depression gestaltet sich der Zugang zu adäquater Versorgung oft schwierig. Sie müssen sich in einer äußerst komplexen Versorgungslandschaft mit vielen Behandlungsoptionen und verschiedenen Anlaufstellen orientieren, sind aber aufgrund der Depressionssymptome teilweise nicht in der Lage, sich selbst aktiv um ihre Behandlung zu kümmern. Für Frauen der ersten Einwanderergeneration konnte gezeigt werden, dass diese zwar mindestens ebenso häufig an Depression erkranken wie Menschen ohne Migrationshintergrund, aber nicht im gleichen Maße an Versorgungsangeboten teilhaben wie die restliche Bevölkerung. Ziel ist es daher, mehr darüber zu erfahren, wie Migrantinnen den Zugang zu Versorgung bei Depression erleben und welche Schwierigkeiten und Verbesserungswünsche sie haben. Es sollen konkrete Ansatzpunkte zur Verbesserung der Versorgung aufgezeigt werden.

Methodisches Vorgehen: Es wurden zwölf teilstrukturierte qualitative Einzelinterviews mit Migrantinnen der ersten Einwanderergeneration geführt, die aufgrund von Depression in Deutschland behandelt wurden. Die Auswertung der Interviews erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse.

Ergebnisse: Die Teilnehmerinnen beschreiben zahlreiche Unsicherheiten und Ängste beim Versorgungszugang, den sie als zu schwierig, kompliziert und langwierig erleben. Konkrete Schwierigkeiten sind fehlendes Wissen zu Depressionssymptomen und Behandlungsoptionen, der Umgang mit Stigmatisierung und Vorurteilen, mangelnde Behandlungscoordination und Beratung insbesondere beim Zugang zu ambulanter Psychotherapie, lange Wartezeiten sowie Verständigungsschwierigkeiten. Die Teilnehmerinnen wünschen sich bessere Beratung und Informationsmöglichkeiten zu geeigneten Behandlungsoptionen, niedrighschwelligere Behandlungsangebote, sprachliche Unterstützung insbesondere zu Beginn der Behandlung sowie Aufklärungskampagnen zum Thema Depression für die breite Öffentlichkeit.

Diskussion: Beim Versorgungszugang von Migrantinnen mit Depression besteht Verbesserungsbedarf. Die beschriebenen Schwierigkeiten und Wünsche sollten bei der Planung von Versorgungsangeboten und bei der Behandlung stärker berücksichtigt werden. Konkrete Ansatzpunkte für eine bessere Versorgung sind entstigmatisierende, öffentlichkeitswirksame Informationskampagnen zu den Symptomen und der Behandlung von Depression sowie muttersprachliche Informationsmaterialien für

Patientinnen und Patienten zu Depression, den Versorgungsangeboten und den relevanten Grundlagen des Gesundheits- und Sozialsystems. Auch sprachliche Unterstützung im Einzelfall, etwa durch professionelle Sprachmittlerdienste, sollte bei Bedarf ermöglicht werden. Darüberhinaus sind individuelle Unterstützungsangebote bei der Behandlungskoordination und beim Zugang zu ambulanter Psychotherapie nötig sowie mehr Aufmerksamkeit und Einfühlungsvermögen der Behandlerinnen und Behandler für individuell bestehende Vorbehalte und Ängste von Personen mit Migrationshintergrund.

II. Abstract (English)

Background and research question: Access to adequate care is often difficult for people with depression. Although the symptoms of their depression often prevent them from playing an active role in treatment coordination, they have to navigate an extremely complex care service landscape that includes many different participants and treatment options. For first-generation migrant women it has been shown that although they suffer from depression at least as often as people without a migrant background, they do not use care services to the same extent as the rest of the population. The aim of this study is to learn more about how migrant women experience access to care for depression, the difficulties they face, and where they see room for improvement. Concrete suggestions for improving care will also be made.

Methodological approach: Twelve partially structured, individual qualitative interviews were conducted with first-generation migrant women undergoing treatment for depression in Germany. The interviews were evaluated using qualitative content analysis.

Results: Participants described numerous uncertainties and fears concerning access to care, which they experienced as overly difficult, complicated and laborious. Specific difficulties included a lack of knowledge about symptoms of depression and treatment options, having to deal with stigma and prejudice, a lack of treatment coordination and advice, especially regarding access to outpatient psychotherapy, long waiting periods, and difficulties in communication. Participants would like to receive better advice and information on suitable treatment options, lower-threshold treatment alternatives, and language support, especially at the beginning of treatment. They would also welcome awareness-raising campaigns on depression for the general public.

Discussion: There is room for improvement in access to care for migrant women with depression. The described difficulties should be considered when planning care services and treating patients. Concrete suggestions for improving care include destigmatization, high-profile information campaigns on the symptoms and treatment of depression, as well as native-language information materials on depression, care services, and the basics of the German health and welfare system. When necessary, it should be possible to provide individual language support by professional interpreters. Furthermore, individualized support services to help in treatment coordination and access to outpatient psychotherapy are necessary. Medical practitioners should also be more open

and attentive to the individual fears and reservations of persons with a migrant background.

III. Übergreifende Zusammenfassung

1. Einleitung

Die vorgelegte Dissertation ist Teil des Versorgungsforschungsprojekts „Chronisch krank sein in Deutschland. Zahlen, Fakten und Versorgungserfahrungen“ am Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main. Das Gesamtprojekt, das von der Robert-Bosch-Stiftung gefördert wurde, beleuchtet in einem Gesundheitsbericht¹ die Versorgungssituation chronisch kranker Menschen im deutschen Gesundheitssystem und gibt unter anderem mittels qualitativer Interviews Einblick in die konkreten, individuellen Versorgungserfahrungen der Betroffenen. Exemplarisch für Erfahrungen mit einer psychischen sowie einer körperlichen chronischen Erkrankung wurden Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz und Depression interviewt. Die vorgelegte Dissertation greift vertiefend dazu die Versorgungserfahrungen von Frauen der ersten Einwanderergeneration auf, die aufgrund von Depression in Deutschland behandelt wurden.

1.1 *Epidemiologische Einordnung*

In Deutschland leben rund 21,2 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund^a, was einem Bevölkerungsanteil von ca. 26% entspricht.² Über die Hälfte der Menschen mit Migrationshintergrund hat auch eigene Migrationserfahrung: Dies betrifft 13,7 Mio. Menschen, was einem Bevölkerungsanteil von 16,8% entspricht.² Setzt sich der demographische Trend der letzten 10 Jahre fort, wird dieser Anteil auch in den nächsten Jahren weiter ansteigen³ und die bedürfnisorientierte medizinische Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe ein relevantes Thema der Versorgungsforschung bleiben – auch und insbesondere im Bereich psychischer Erkrankungen.

Depressive Störungen zählen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen in Deutschland und haben laut bevölkerungsrepräsentativen Studien eine 12-Monatsprävalenz von ca. 8 % in der deutschen Gesamtbevölkerung und eine Lebenszeitprävalenz von 11,6 %.^{4,5} Frauen erhalten ungefähr doppelt so häufig wie Männer die Diagnose Depression und geben auch etwa doppelt so häufig an, unter Symptomen einer Depression zu leiden.^{4,5} Besonders Frauen mit einem niedrigen

^a „Migrationshintergrund“ und „Migrationserfahrung“ werden gemäß der Definition des Statistischen Bundesamtes verwendet.² Menschen mit eigener Migrationserfahrung werden im Folgenden auch als „Migrantin“ oder „Migrant“ bezeichnet.

sozioökonomischen Status haben ein erhöhtes Erkrankungsrisiko, wohingegen sich ein vergleichbarer Einfluss des sozioökonomischen Status auf die Diagnoseprävalenz von Depression bei Männern nicht beobachten lässt.^{4,5}

Die Datenlage zur Prävalenz von psychischen Störungen bei Menschen mit Migrationserfahrung und -hintergrund in Deutschland ist bisher wenig aussagekräftig⁶ und erlaubt keine eindeutigen Rückschlüsse auf einen direkten Zusammenhang zwischen Migrationserfahrung oder Migrationshintergrund und dem häufigeren Auftreten von Depression.⁷ Die bisherigen Daten deuten auf eine mindestens ähnlich hohe Depressionsprävalenz bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund hin.^{6,8} Eine bevölkerungsrepräsentative Erhebung aus 2007 mit diagnostischen Fragebögen ermittelte keine Prävalenzunterschiede bei Menschen mit und ohne Migrationshintergrund.⁸ Eine 2010 veröffentlichte Reanalyse des Bundesgesundheits surveys aus 1998/99 gibt allerdings auch Hinweise auf signifikant höhere Prävalenzraten für affektive und somatoforme Störungen bei Menschen mit eigener Migrationserfahrung und/oder anderer Staatsangehörigkeit im Vergleich zu in Deutschland geborenen Menschen mit deutscher Staatsbürgerschaft.⁹ Eine systematische Übersichtsarbeit zur Prävalenz von somatoformen und affektiven Störungen, darunter auch Depression, bei aus der Türkei eingewanderten Menschen kommt zu dem Ergebnis, dass die in den meisten der untersuchten Studien gefundenen erhöhten Prävalenzraten multifaktoriell bedingt sind und zumindest teilweise auch auf sozioökonomische und soziokulturelle Faktoren sowie auf erfahrene Diskriminierung zurückzuführen sind.¹⁰ Auch im Rahmen einer Untersuchung zum Behandlungsergebnis in der psychosomatischen Rehabilitation hat sich die sozioökonomische Schichtzugehörigkeit im Vergleich zum Migrationshintergrund als der schwerwiegendere Einflussfaktor erwiesen.¹¹ Auch wenn Migrantinnen und Migranten eine soziodemografisch sehr heterogene Bevölkerungsgruppe darstellen, gehören sie durchschnittlich einer niedrigeren sozioökonomischen Schicht an und haben aus diesem Grund bereits ein höheres Erkrankungs- und Sterberisiko als der Bevölkerungsdurchschnitt.^{6,12} Dies ist bei der Erhebung und Interpretation epidemiologischer Daten zu Migrantinnen und Migranten sowie Menschen mit Migrationshintergrund bisher nicht immer entsprechend berücksichtigt worden.⁶ Die Ergebnisse bisheriger Studien sind aufgrund

unterschiedlicher Ein- und Ausschlusskriterien^b und unterschiedlicher Erhebungs- und Auswertungsmethoden nur bedingt miteinander vergleichbar. Insgesamt ergibt sich ein uneinheitliches Bild und die Notwendigkeit differenzierter epidemiologischer Studien.⁶

1.2 Behandlung und Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten

Die Versorgung von Menschen mit Depression ist komplex, weil an Diagnose und Behandlung eine Vielzahl verschiedener ambulanter, stationärer und institutioneller Versorgungseinrichtungen beteiligt sein können.^{13,14} Die Art der Behandlung von Depression hängt dabei auch von Symptomatik und Wunsch der Betroffenen ab: Bei leichten Symptomen ist eine aktiv-abwartende Begleitung möglich, bei ausgeprägten Symptomen ist eine Psycho- oder Pharmakotherapie oder deren Kombination indiziert, die je nach Schwere der Symptomatik ambulant oder zunächst (teil-)stationär erfolgen kann.¹⁴ Eine leitliniengerechte Versorgung beinhaltet die weiterführende fachärztliche oder psychotherapeutische^c Diagnostik und Behandlung.¹⁴

Bei der Koordination der Behandlung besteht jedoch Optimierungsbedarf^{13,15,16}: Nur ein Drittel der Menschen mit depressiver Symptomatik in Deutschland nutzt psychotherapeutische oder psychiatrische Versorgungsangebote^{15,17} und rund zwei Drittel der Menschen, die im Jahr 2010 im Rahmen der ambulanten Versorgung eine Depressionsdiagnose erhielten, wurden allein durch Hausärztinnen und -ärzte versorgt.^{13,18} Dabei werden 59% der Depressionsdiagnosen ausschließlich im Rahmen der hausärztlichen Behandlung gestellt, 15% im Rahmen der haus- und fachärztlichen bzw. psychotherapeutischen Behandlung und 12% ausschließlich im Rahmen der fachärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung.¹⁹ Allgemeine und nicht weiter spezifizierte Depressionsdiagnosen werden zu 78% von Hausärztinnen und -ärzten gestellt.¹⁹

Zumindest teilweise ist die geringe Inanspruchnahme auch durch einen Mangel an Versorgungsangeboten zu erklären, denn in Regionen, die eine gute Versorgungsdichte

^b In bisherigen Studien wurden Menschen mit eigener Migrationserfahrung, Menschen mit Migrationshintergrund, Allochthone (meist: im Ausland Geborene mit ausländischer Staatsbürgerschaft) sowie Ausländer (wozu auch in Deutschland Geborene zählen können) jeweils mit Nichtmigrantinnen und -migranten, Menschen ohne Migrationshintergrund, Autochthonen sowie mit deutschen Staatsangehörigen verglichen. Diese Begriffe wurden außerdem besonders in älteren Studien teils nicht gemäß der heute verbreiteten Definitionen² verwendet.

^c Die fachärztliche Behandlung kann im Bereich der psychiatrischen oder psychosomatischen Medizin erfolgen. Die psychotherapeutische Behandlung kann bei ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten erfolgen.¹⁴

aufweisen, ist auch der Anteil der Personen mit depressiver Symptomatik, die psychotherapeutische oder psychiatrische Hilfe nutzen, etwa 15 % höher als in Regionen mit geringer Versorgungsdichte.¹⁵ Im ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich ist derzeit eine deutliche Unterversorgung zu verzeichnen, die zu teils langen Wartezeiten von im Bundesdurchschnitt fünf Monaten für einen Ersttermin bei niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiatern oder für einen ambulanten Psychotherapieplatz führt.¹³

Verschiedene Untersuchungen zeigen generelle Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten des Gesundheitssystems zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund auf: Menschen mit Migrationshintergrund nehmen signifikant weniger häufig höherschwellige Angebote wie etwa Rehabilitations- und Präventionsangebote und öfter niedrigschwellige Angebote mit geringem Koordinationsaufwand wie etwa Notaufnahmen und Ambulanzen in Anspruch, was insbesondere für Frauen aus der ersten Einwanderergeneration gezeigt werden konnte.²⁰⁻²³ Auch ambulante fachärztliche Behandlung, für die in der Regel ein Termin und in einigen Fällen auch eine Überweisung von der Hausärztin oder vom Hausarzt nötig ist, wird von Angehörigen der ersten Einwanderergeneration seltener in Anspruch genommen als von der zweiten Einwanderergeneration und von Menschen ohne Migrationshintergrund.²⁴ Menschen mit Migrationshintergrund haben zudem seltener eine Hausärztin oder einen Hausarzt als der Bevölkerungsdurchschnitt.²⁵ Laut eines systematischen Reviews, bei dem Studien zum Inanspruchnahmeverhalten von Migrantinnen und Migranten im deutschen Gesundheitssystem insgesamt analysiert wurden, kann der im Schnitt niedrigere sozioökonomische Status die geringere Inanspruchnahme nur zum Teil aber nicht allein erklären.²³

Bei der Versorgung von Migrantinnen und Migranten mit psychischen Erkrankungen ergeben sich ähnliche Befunde zur Inanspruchnahme wie in anderen Bereichen des Gesundheitssystems: Psychiatrische Institutsambulanzen werden von ihnen mit 32,5% überdurchschnittlich häufig in Anspruch genommen²⁶ und Behandlungsmöglichkeiten mit höherem Koordinationsaufwand wie stationäre Psychotherapie und Psychosomatik unterdurchschnittlich oft.²⁷ Zudem überweisen Hausärztinnen und -ärzte Menschen mit Migrationshintergrund und psychischen Erkrankungen später und seltener an psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlerinnen und Behandler.²⁸

1.3 Versorgungszugang von Migrantinnen und Migranten mit Depression

Es gibt nur wenige Untersuchungen zum Versorgungszugang von Migrantinnen und Migranten, was insbesondere für die Versorgung psychischer Erkrankungen gilt. Eine Querschnittstudie zum allgemeinen Versorgungszugang von Menschen mit Migrationshintergrund im deutschen Gesundheitssystem deutet vor allem auf Sprache und fehlendes Wissen zum Gesundheitssystem als den größten Schwierigkeiten beim Zugang zu Versorgung hin; außerdem stellten die Suche von Hilfe im informellen Bereich und das Gefühl, mit der eigenen Kultur von Fachkräften nicht verstanden zu werden, Schwierigkeiten dar.²⁹ In Bezug auf die psychosoziale Versorgung untersuchte eine qualitative Interviewstudie aus den Niederlanden mit 25 aus China eingewanderten Teilnehmerinnen und Teilnehmern Probleme beim Versorgungszugang; hier wurden vor allem praktische Aspekte wie Verständigungsprobleme und mangelndes Wissen zum Gesundheitssystem genannt.³⁰ Die Befragten einer qualitativen Studie aus Deutschland zur psychosozialen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund gaben an, dass insbesondere Vorbehalte und Ängste, fehlendes Wissen, fehlende Wahlmöglichkeiten und fehlende Aufklärung ihre Versorgung beeinträchtigt hätten.³¹

1.4 Fragestellung und Ziel

Die oben dargestellten Befunde zeigen auf, dass insbesondere Frauen der ersten Einwanderergeneration zwar mindestens ebenso häufig an Depression erkranken, aber nicht im gleichen Maße an Versorgungsangeboten teilhaben wie die restliche Bevölkerung. Ziel ist es daher, mehr darüber zu erfahren, wie Migrantinnen die Versorgung, insbesondere den Zugang zu Versorgung von Depression erleben und welche Schwierigkeiten und Verbesserungswünsche sie haben. Es sollen Ansatzpunkte zur Verbesserung der Versorgung aufgezeigt werden, die aus der Perspektive der Betroffenen auch tatsächlich sinnvoll und wünschenswert sind.

2. Darstellung der Publikation

Die Publikation (siehe S. 24 ff. der vorliegenden Arbeit) wurde in der Ausgabe 8/21 der Zeitschrift *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, einer deutschsprachigen Fachzeitschrift des Thieme Verlags für Psychosomatische Medizin und Medizinische Psychologie veröffentlicht (Impact Factor 1,43). Sie enthält eine detaillierte Darstellung des methodischen Vorgehens bei der Datenauswertung und der Ergebnisse mit zahlreichen Zitaten aus den geführten Interviews. Im Folgenden werden die wichtigsten methodischen Punkte und Ergebnisse in kürzerer Form inhaltlich zusammengefasst.

2.1 *Material und Methoden*

Es wurden zwölf teilstrukturierte, leitfadengestützte Einzelinterviews in deutscher Sprache geführt. Auf Grundlage einer Literaturrecherche wurde in Rückgriff auf das SPSS-Schema von Helfferich ein teilstrukturierter Interviewleitfaden entwickelt,³² der sich an der Forschungsfrage „Wie erleben Migrantinnen mit Depression die Versorgung im deutschen Gesundheitssystem?“ orientierte [**Anhang 1**].

Die Rekrutierung der Teilnehmerinnen erfolgte vor allem mit der Unterstützung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in Einrichtungen und Beratungsstellen für Menschen mit Migrationshintergrund und psychischen Erkrankungen. Die demographischen Daten der Teilnehmerinnen sind **Anhang 2** zu entnehmen.

Einschlusskriterien waren eine ärztlich oder psychologisch diagnostizierte Depression, in Deutschland erhaltene Behandlung, eigene Migrationserfahrung, Volljährigkeit und ausreichende Verständigungsfähigkeit in der deutschen Sprache. Ausschlusskriterium war die medizinische Versorgung über Sozialbehörden mit Behandlungsscheinen im Rahmen eines Asylverfahrens, da diese sich von der Regelversorgung unterscheidet.

Die Interviews dauerten insgesamt durchschnittlich 64 Minuten und wurden von Mai bis August 2019 geführt. Die Audioaufzeichnungen der Interviews wurden vollständig transkribiert, anonymisiert, mithilfe der Software MAXQDA in zwei Teilschritten mit den Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.³³ Im ersten Teilschritt der Analyse wurde vorwiegend inhaltlich-strukturierend vorgegangen, um einen Überblick über das umfangreiche Material zu gewinnen. Es wurden besonders häufig die Kategorien zum Versorgungszugang und zur Qualität der Versorgung, insbesondere den negativen Aspekten, dem Material mit häufigen Überschneidungen

zugewiesen. Die so codierten Materialstellen, die noch immer einen Großteil des Ausgangsmaterials enthielten, wurden in einem zweiten Teilschritt mittels zusammenfassender Inhaltsanalyse nach Mayring mit induktiver Kategorienbildung analysiert. So entstand ein neues, allgemeineres und knapperes Kategoriensystem **[Anhang 3]**.

2.2 Ergebnisse

Die folgende Ergebnisdarstellung orientiert sich an den Hauptkategorien des finalen, induktiv gebildeten Kategoriensystems **[Anhang 3]**. In der Publikation ausführlicher dargestellte Punkte werden im Folgenden inhaltlich zusammengefasst und um einige zusätzliche Ergebnisse ergänzt.

2.2.1 Fehlendes Wissen

Den meisten Befragten fehlte zu Beginn der Behandlung Wissen zu Depressionssymptomen und Behandlungsmöglichkeiten. Es sei schwer gewesen, die ersten Symptome der Depression einzuordnen und die eigene Hilfsbedürftigkeit zu erkennen. In den Herkunftsländern habe es zudem häufig kein Konzept von Depression als behandelbarer Erkrankung gegeben, wodurch teilweise auch das familiäre Umfeld der Befragten ihre Erkrankung nicht richtig habe verstehen können. Dem Großteil der Befragten habe anfangs auch Wissen zu ihren Rechten als Arbeitnehmerinnen und ihren Rechten im deutschen Sozial- und Gesundheitssystem sowie zu Versorgungseinrichtungen und ersten Anlaufstellen gefehlt. Die Unterstützung durch Sozialdienste im Rahmen der Behandlung habe hierbei für viele Befragte eine wichtige Rolle gespielt und sei vor allem im Kontakt mit Behörden und Krankenkassen besonders hilfreich gewesen.

2.2.2 Stigmatisierung und Vorurteile

Viele Befragte waren in ihrem sozialen Umfeld in Deutschland und auch vor ihrer Einwanderung im Herkunftsland mit Stigmatisierung und Vorurteilen bezüglich Depression konfrontiert. Kulturelle Aspekte stünden der Behandlung von Depression daher auch manchmal im Weg, etwa wenn der Umgang mit Depression in der Herkunftskultur weniger offen sei. Ärztinnen und Ärzte sollten Menschen, die nicht aus Deutschland kommen, nicht hängen lassen und ihnen auch dann weiter Behandlungsangebote machen, wenn sie zunächst nicht aus sich herauskämen, so die

Befragten. Bei einigen Befragten habe zudem die Sorge bestanden, im Rahmen der Behandlung Stigmatisierung zu erfahren, etwa abgestempelt oder eingesperrt zu werden.

Einige der Betroffenen hätten anfangs das Gefühl gehabt, sich keine Hilfe suchen und in Anspruch nehmen zu dürfen. Viele Befragte hätten sich vor diesem Hintergrund generell mehr Verständnis im Umgang mit Depression, mehr Allgemeinwissen in der Gesellschaft und eine verstärkte mediale Berichterstattung zu Depression gewünscht. Auch Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegepersonal solle im Umgang mit depressiven Patienten besser geschult werden.

Einigen Befragten sei es auch im Verlauf nicht leicht gefallen, die Krankheit anzunehmen und vorhandene Schamgefühle abzubauen. Als hilfreich hätten sie die Erkenntnis erlebt, mit der Diagnose Depression nicht allein zu sein, insbesondere auch durch den Austausch mit anderen Betroffenen im Rahmen von Gruppenangeboten. Auch Verständnis, Vertrauen und Offenheit zu Behandlerinnen und Behandlern sowie im persönlichen sozialen Umfeld sei hilfreich gewesen, um Scham und Stigmatisierung abzubauen.

2.2.3 Mangelnde Behandlungscoordination und Beratung

Für die meisten Befragten war die Orientierung im Versorgungssystem und die Organisation der Behandlung schwierig und teils überfordernd. Die Initiative und Unterstützung anderer Menschen beschrieben einige Befragte als ihre Rettung und als entscheidend für den Zugang zu Versorgungsangeboten – auch, weil sie teils nicht in der Lage gewesen wären, sich selbst Unterstützung zu organisieren. Andere Befragte hätten sich gerade anfangs jemanden gewünscht, der ihnen hilft und sie an die Hand nimmt. Für Ärzte bedeute das, ihren Patienten zu sagen, was zu tun sei und nicht anders herum, so zwei Befragte. Der Eröffnungssatz mancher Behandlerinnen und Behandler „Was kann ich für Sie tun?“ sei dabei teilweise im Sinne einer Rollenumkehr und als wenig unterstützend empfunden worden.

Die Befragten hätten sich insgesamt eine bessere und individuellere Beratung durch Hausärztinnen und -ärzte gewünscht. Gerade wenn diese zugewandt und engagiert waren und sich ausreichend Zeit für die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Patientinnen nahmen, wurden sie von den Befragten positiv wahrgenommen.

In vielen Fällen habe diese Unterstützung jedoch gefehlt, sodass die Befragten teilweise den Eindruck hatten, man habe ihnen ihre gesundheitlichen Probleme selbst überlassen. Menschen mit Depression, so eine Befragte, könnten das hohe Maß an Eigeninitiative, das für die Behandlungscoordination nötig sei, besonders schwer aufbringen. Oft habe es bei der Behandlung an Zeit, Engagement, Verständnis und Zuwendung für die Patientinnen gemangelt. Vor allem bei der psychiatrischen Behandlung stünden die Medikamente im Fokus, wohingegen Gespräche und Beratung zu Psychopharmaka und ihren Nebenwirkungen zu kurz kämen.

Es fehle insbesondere Orientierung und Beratung zu den verschiedenen ambulanten und (teil-)stationären Behandlungsformen, insbesondere zu den von der gesetzlichen Krankenkasse gezahlten Psychotherapiemethoden. Teilweise sei unklar gewesen, was die verschiedenen Methoden ausmache, welche individuell geeignet sei, wie der generelle Ablauf von Psychotherapie aussehe und welche Rolle der kulturelle Hintergrund spiele, etwa ob Psychotherapeutinnen und -therapeuten grundsätzlich mit Menschen aus anderen Ländern und Kulturen arbeiteten. Es sei zu kompliziert gewesen, Informationen zu den fachlichen und methodischen Qualifikationen von Therapeutinnen und Therapeuten zu erhalten und diese zu kontaktieren. Teilweise hätten die Befragten die Entscheidung, bei wem sie die Therapie schlussendlich machen, nicht aufgrund von Sympathie, sondern aufgrund von Verfügbarkeit getroffen.

2.2.4 Sprache

Gute Sprachkenntnisse wurden von den Befragten grundsätzlich mit dem Erhalt einer besseren Behandlung in Verbindung gebracht. Einige der Befragten betonten daher, wie wichtig es für Migrantinnen und Migranten mit Verständigungsschwierigkeiten sei, sprachliche Unterstützung im Rahmen der Gesundheitsversorgung zu bekommen. Insbesondere zu Beginn der Behandlung sei sprachliche Unterstützung wichtig, damit die Kommunikation zu Diagnostik und Behandlung nicht über ihre Köpfe hinweg laufe. Viele der Befragten hätten in Deutschland eine Psychotherapie in ihrer Muttersprache gemacht und sich durch die bessere sprachliche auch eine bessere zwischenmenschliche Verständigung erhofft, was sich in den meisten Fällen jedoch nicht bestätigt habe. Für einige Patientinnen war es zudem ein Zeichen gelungener Integration und gesellschaftlicher Teilhabe ihre Psychotherapie auf Deutsch zu machen.

2.2.5 *Wartezeiten*

Wartezeiten wurden von einem Großteil der Befragten als sehr belastend erlebt. Auf einen Termin für ein psychotherapeutisches Erstgespräch habe eine Befragte drei Monate gewartet, während sie gleichzeitig zwei Monate auf einen Ersttermin für eine ambulante psychiatrische Behandlung gewartet habe. Solche oder ähnlich lange Wartezeiten müssten irgendwie überlebt werden und vermittelten einigen Befragten zudem das Gefühl, sie seien vergessen worden. Durch die Wartezeiten seien auch Zweifel aufgekommen, ob eine Behandlung unter diesen Bedingungen überhaupt sinnvoll sei.

3. Diskussion

Zusammenfassend waren die Hauptprobleme beim Zugang zu Versorgung fehlendes Wissen zu Depressionssymptomen und Behandlungsoptionen, der Umgang mit Stigmatisierung und Vorurteilen, mangelnde Behandlungscoordination und Beratung insbesondere beim Zugang zu ambulanter Psychotherapie, lange Wartezeiten sowie Verständigungsschwierigkeiten. Die Studie gibt auch Aufschluss über das emotionale Erleben der Patientinnen beim Versorgungszugang: So zeigte sich, dass der Versorgungszugang von zahlreichen Unsicherheiten, von Zweifeln und mitunter auch von existentiellen Ängsten geprägt ist, etwa vor Arbeitsplatzverlust, Verlust von Familie und Freunden sowie Angst vor Stigmatisierung im sozialen Umfeld und am Arbeitsplatz. Betroffene wünschen sich bessere Informations- und Beratungsmöglichkeiten zu Erkrankung und Behandlung, sprachliche Unterstützung insbesondere zu Beginn der Behandlung, kürzere Wartezeiten und entstigmatisierende öffentliche Informationskampagnen zu Depression. Im Wesentlichen schließt die Untersuchung an die Ergebnisse vorheriger Arbeiten an^{30,31,34} und eröffnet Anknüpfungsmöglichkeiten für eine bessere Versorgung, die im Folgenden in Zusammenschau mit relevanten Informationen und Ansätzen aus anderen Arbeiten diskutiert werden.

3.1 Allgemeine Anknüpfungspunkte für eine bessere Versorgung

Einige Anknüpfungspunkte betreffen zunächst die Seite des Gesundheitssystems und die gesundheitspolitische Planung von Versorgungsangeboten. Auf dieser Ebene wäre etwa dem Wunsch der Befragten nach entstigmatisierenden, öffentlichkeitswirksamen

Informationskampagnen zu begegnen. Empfehlenswert wäre hier eine stärkere Förderung und die Erweiterung überregionaler medialer Informationskampagnen für die breite Bevölkerung zu den Symptomen und der Behandlung von Depression, wie etwa der Kampagnen der Stiftung Deutsche Depressionshilfe.³⁵ Außerdem kommt der Bereitstellung muttersprachlicher Informationsmaterialien zu Versorgungsangeboten bei Depression und zu den relevanten Grundlagen des Gesundheits- und Sozialsystems eine zentrale Rolle zu. Auf diese Weise kann auch die generelle Gesundheitskompetenz von Migrantinnen und Migranten gefördert werden, was zu einer Verbesserung der Versorgung beitragen kann.³⁶

Ein weiterer Anknüpfungspunkt ist die Ausweitung von Unterstützungsangeboten für den Zugang zu ambulanter Psychotherapie. Empfehlenswert wäre die Schaffung neuer Angebote, die sich gezielt an den Bedürfnissen von Migrantinnen und Migranten orientieren oder eine entsprechende Erweiterung bestehender Beratungsangebote, wie sie etwa in psychotherapeutischen Ausbildungsinstituten oftmals bereits existieren. Dabei wäre auf Niedrigschwelligkeit, Beratung in verschiedenen Sprachen und Kooperationen mit lokalen Anlaufstellen für Migrantinnen und Migranten zu achten, wodurch auch eine bessere Sichtbarkeit der bereits bestehenden Angebote erreicht werden könnte.³⁷ Durch Zusammenarbeit mit Stellen innerhalb migrantischer Communities könnte insbesondere den Menschen die Inanspruchnahme erleichtert werden, die aufgrund von Stigmatisierung oder Vorbehalten noch zögerlich sind.³⁷ Für diese Verbesserungsmaßnahmen sollten nicht zuletzt die entsprechenden finanziellen Mittel bereitgestellt werden.

Bisherige Daten legen nahe, dass eine gute Verständigung während der Behandlung für die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten sogar wichtiger zu sein scheint als das Behandlungsergebnis selbst.³⁸ Um eine bedarfsgerechte sprachliche Unterstützung im Einzelfall zu ermöglichen, sind professionelle Sprachmittlerinnen und -mittler nötig, die im Rahmen ihrer Ausbildung auch im Umgang mit psychisch Erkrankten geschult sein sollten. Die Einbindung von professionellen Sprachmittlerdiensten in bestehende Versorgungsangebote sollte erleichtert werden, indem verbindliche Regulierungen sowie Finanzierungsmöglichkeiten geschaffen werden.^{39,40}

Den momentan monatelangen Wartezeiten auf psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlungsangebote könnte durch Schaffung zusätzlicher Kapazitäten und Angebote entgegengewirkt werden.¹³ Insbesondere eine Erhöhung der

regulär geplanten Kassensitze im ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich wäre eine geeignete Möglichkeit, dies zu erreichen.

3.2 Anknüpfungspunkte für die Allgemeinmedizin

Gerade im Umgang mit den emotionalen Aspekten wie Ängsten vor Stigmatisierung, eigenen Vorbehalten und Unsicherheiten, die für Betroffene zu Beginn der Behandlung eine Rolle spielen, sind Hausärztinnen und -ärzte gefragt. Die hausärztliche Praxis ist für viele Betroffene die erste Anlaufstelle und hat damit eine zentrale Bedeutung für den Zugang zu Versorgung und den Verlauf der Behandlung. Ein gelungenes Case-Management durch die hausärztliche Praxis kann dabei den Verlauf der Behandlung positiv beeinflussen und die Symptome der Depression verbessern.⁴⁷

Um Betroffene individuell beraten zu können, brauchen Hausärztinnen und -ärzte zunächst Grundkenntnisse zu den verschiedenen Psychotherapieverfahren sowie differentialdiagnostische Fähigkeiten im Bereich psychischer Erkrankungen, was im Sinne einer bedürfnisorientierten Versorgung im Rahmen der allgemeinmedizinischen Ausbildung mehr Raum bekommen sollte.^{19,41} Bisher werden allgemeine und nicht weiter spezifizierte Depressionsdiagnosen zu 78% von Hausärztinnen und -ärzten gestellt, was ebenfalls für den Ausbau entsprechender Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten spricht.¹⁹ Die Weiterbildungsordnung Allgemeinmedizin enthält bereits verpflichtend einen 80-stündigen Kurs für psychosomatische Grundversorgung,⁴² der neben der Teilnahme an Balint-Gruppen (30h) vor allem theoretische Grundlagen (20h) und ärztliche Gesprächsführung/verbale Interventionstechniken (30h) zum Inhalt hat.⁴³ Je nach Curriculum werden auch transkulturelle Aspekte und Besonderheiten im Umgang mit Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund sowie Psychotherapieverfahren und ihre Differentialindikationen behandelt – beides allerdings lediglich im Rahmen weniger Unterrichtseinheiten.^{43,44} Möglicherweise reicht dies nicht aus, um Kenntnisse fundiert und nachhaltig zu vermitteln. Grundsätzlich stellt sich hierbei die Frage, ob die Fähigkeit von Hausärztinnen und -ärzten, sich einfühlsam auf konkrete Bedürfnisse einzelner Patientinnen und Patienten einzustellen – auch dann wenn diese ihnen fremd oder kompliziert erscheinen – im Rahmen eines Kurses erlernt werden kann. Hinsichtlich des Konzepts der transkulturellen Kompetenz wird diskutiert, inwiefern diese Kompetenz über die Vermittlung kulturspezifischen Wissens erlernbar ist oder ob

das Konzept vielmehr auf eine Haltung und Einstellung der Behandlerinnen und Behandler abzielt, die nicht durch Trainings vermittelbar ist, sondern sich in einem lebenslangen Lernprozess entwickelt und festigt.⁴⁵

Generell gilt für die meisten Menschen mit Depression, dass sie sich aufgrund ihrer Symptome nicht im gleichen Maße selbst aktiv um eine Behandlung kümmern können wie psychisch Gesunde.^{15,46} Für Migrantinnen und Migranten bestehen zumindest teilweise und je nach Einzelfall noch zusätzliche Unsicherheiten wie die in dieser und anderen Studien beschriebenen.²⁹⁻³¹ Hausärztinnen und -ärzte sollten daher den individuellen Informations- und Unterstützungsbedarf der Betroffenen eruieren und berücksichtigen, was auch kulturelle Aspekte und Besonderheiten beinhalten kann, und sie bei Bedarf über ihre Rechte im deutschen Sozial- und Gesundheitssystem und über ihre Rechte als Arbeitnehmerinnen und -nehmer aufklären. Dazu sollten auch bereits existierende muttersprachliche Informationsmaterialien zu Versorgungsangeboten und relevanten Grundlagen des Gesundheits- und Sozialsystems genutzt und verteilt werden. Außerdem sind Kenntnisse der regionalen Versorgungslandschaft wichtig, damit Betroffene bei Bedarf rechtzeitig an Anlaufstellen für psychisch Kranke, für Menschen mit Migrationshintergrund sowie für muttersprachliche Psychotherapie verwiesen werden können.

Hausärztinnen und -ärzte überweisen Menschen mit Migrationshintergrund später und seltener an psychiatrische und psychotherapeutische Behandlerinnen und Behandler als Menschen ohne Migrationshintergrund.²⁸ Dies deckt sich mit bisherigen Befunden, die eine niedrige Inanspruchnahme von Menschen mit Migrationshintergrund im Bereich ambulanter Psychotherapie feststellten.²⁷ Auch eine negativere Einstellung gegenüber Psychotherapie, die etwa bei Personen mit türkischem Migrationshintergrund beschrieben wurde,⁴⁸ kann die geringere Inanspruchnahme miterklären. Betroffene wünschen sich gerade in diesem Punkt mehr Aufmerksamkeit und Einfühlungsvermögen der Behandlerinnen und Behandler für individuell bestehende Vorbehalte und Ängste.³¹ Betroffene mit depressiven Symptomen sollten daher immer wieder Angebote zur weiteren Behandlung erhalten und auf angemessene und einfühlsame Weise auf mögliche Vorbehalte und Ängste angesprochen werden. Für den höheren zeitlichen Aufwand, der mit einer individuellen, bedürfnisorientierten Behandlung einhergeht, sollte eine entsprechende Vergütungsmöglichkeit geschaffen werden.

Zudem können gegebenenfalls unterschiedliche Vorstellungen zur Rollenverteilung im medizinischen Behandlungsverhältnis für den Verlauf der Versorgung von Bedeutung sein: Zumindest einige Migrantinnen und Migranten wünschen sich ein wohlwollendes Autoritätsverhältnis anstelle des in unserem Gesundheitssystem zumeist angestrebten partnerschaftlichen Umgangs.^{49,50}

3.3 Methodische Anmerkungen und Limitationen der Studie

Einige zentrale methodische Anmerkungen sind in der Publikation genannt und werden im Folgenden zusammengefasst und ergänzt.

Qualitative Studien mit entsprechend eher kleinen Stichproben zielen darauf ab, ein bestimmtes Thema aus der Perspektive der Befragten tiefgreifend zu erforschen und folgen dabei dem Prinzip des Verstehens statt dem des Messens.³² Die Größe der Stichprobe orientiert sich dabei an inhaltlichen Aspekten und nicht an Repräsentativität. Bei der Analyse der im Rahmen dieser Studie durchgeführten Interviews war die Ergänzung induktiver Kategorien bis zum Ende des letzten Materialdurchgangs möglich, jedoch immer seltener nötig, was für eine gute inhaltliche Sättigung des finalen Kategoriensystems spricht.

Bei der Rekrutierung von Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern sowie bei der Durchführung der Interviews ist der Aufbau einer Vertrauensbasis zentral.⁵¹ So war es etwa den Teilnehmerinnen der vorliegenden Studie wichtig, auch etwas über die persönlichen Hintergründe der Depression zu erzählen, um sich besser verstanden zu fühlen – ein Bedürfnis, dem auch bei zukünftigen ähnlichen Forschungsvorhaben genügend Raum gegeben werden sollte. Anders als bei den übrigen elf Teilnehmerinnen konnte die Depressionsdiagnose im Falle einer Studienteilnehmerin aufgrund von Datenschutzbedenken seitens der Befragten nicht verifiziert werden; allerdings wiesen ihre Schilderungen ähnlich wie die der anderen Teilnehmerinnen auf konkrete Erfahrungen einer Person mit Depression im deutschen Gesundheitssystem hin und wurden daher in die Analyse eingeschlossen. Aufgrund von Verständigungsproblemen konnten die Interviews zweier Teilnehmerinnen nur eingeschränkt in die Analyse eingehen.

Die vorliegende Studie wurde im Rhein-Main-Gebiet durchgeführt, also in einer der Regionen in Deutschland mit dem höchsten Bevölkerungsanteil an Menschen mit Migrationshintergrund.² Es ist davon auszugehen, dass dies auch mit einem ebenfalls

höheren Anteil an migrantenspezifischen Versorgungsangeboten einhergeht. Die in der Studie genannten Zugangsschwierigkeiten können daher in ihrer Ausprägung nur eingeschränkt generalisiert werden und in anderen Regionen Deutschlands womöglich noch stärker ausgeprägt sein.

Des Weiteren wurde die vorliegende Studie mit Migrantinnen durchgeführt, die die genannten Schwierigkeiten letztendlich überwunden und Versorgung in Anspruch genommen haben. Personen, die Versorgung zwar benötigen würden, aber eine Diagnose und entsprechende Versorgung nicht, bzw. noch nicht erhalten haben, konnten nicht berücksichtigt werden. So kann diese Studie Ansatzpunkte für Verbesserungen aufzeigen, nicht aber generell die Unterversorgung von Migrantinnen mit Depression beleuchten oder eine epidemiologische Situation für Deutschland beschreiben. Die Erfahrungen von Personen, deren Versuche, Versorgung in Anspruch zu nehmen, scheiterten, könnte ein Anknüpfungspunkt für weitere Forschungsprojekte sein.

IV. Übersicht der Publikation mit Darstellung des eigenen Anteils

Eidmann C, Siebenhofer A, Güthlin C. Wie erleben Migrantinnen mit Depression den Zugang zu Versorgung in Deutschland? Eine qualitative Interviewstudie zu Schwierigkeiten und Wünschen Betroffener. *Psychother Psych Med* 2021; 71: 343–350. DOI 10.1055/a-1390-4093 (Impact Factor 1,43)

- Ausformulierung der Forschungsfrage
- Literaturrecherche
- Erstellung eines Exposés
- Ausarbeitung eines Interviewleitfadens, Besprechung und Finalisierung des Leitfadens gemeinsam im Team
- Rekrutierung der Studienteilnehmerinnen
- Alleinige Durchführung der Interviews
- Koordination der Interviewtranskription und Korrespondenz mit den beteiligten Transkriptionsbüros
- Transkription einzelner Interviewausschnitte
- Durchsicht, Korrektur und Anonymisierung aller Interviewtranskripte
- Inhaltsanalytische Auswertung der Interviewtranskripte, teilweise gemeinsam mit der Zweitbetreuerin
- Recherche und Auswahl eines Fachjournals für die Veröffentlichung der Studienergebnisse
- Verfassen der Publikation und sukzessives Einarbeiten von Anregungen und Änderungsvorschlägen durch die Koautorinnen
- Korrespondenz mit dem Verlag und den Reviewern
- Überarbeitung der Publikation im Zuge des Revisionsprozesses

V. Publikation^{iv}

Wie erleben Migrantinnen mit Depression den Zugang zu Versorgung in Deutschland? Eine qualitative Interviewstudie zu Schwierigkeiten und Wünschen Betroffener

How do Migrant Women with Depression Experience Access to Care in Germany? A Qualitative Interview Study on Difficulties and Wishes of those Affected

Autoren

Christine Eidmann¹, Andrea Siebenhofer^{1, 2}, Corina GÜthlin²

Institute

¹ Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt am Main

² Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Medizinische Universität Graz, Österreich

Keywords Migration, Depression, Versorgungszugang, Zugangsbarrieren

Key words migration, depression, access to care, access barriers

This is an Accepted Manuscript of an article published by Thieme in Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychotherapie on 27 March 2021, available online at <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/a-1390-4093>.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Andrea Siebenhofer

Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung
Medizinische Universität Graz

Auenbruggerplatz 2/9

A-8036 Graz, Österreich

andrea.siebenhofer@medunigraz.at

^{iv} Aus Lizenzgründen wird an dieser Stelle eine akzeptierte Manuskriptversion (Author Accepted Manuscript, AAM) veröffentlicht, die inhaltlich mit dem Original-Artikel identisch ist.

Zusammenfassung

Ziel der Studie Ziel der Studie ist es, mehr darüber zu erfahren, wie Migrantinnen den Zugang zu Versorgung von Depression erleben und welche Schwierigkeiten und Verbesserungswünsche sie haben.

Methodik Inhaltsanalytische Auswertung von zwölf teilstrukturierten qualitativen Einzelinterviews mit Migrantinnen der ersten Einwanderergeneration, die aufgrund von Depression in Deutschland behandelt wurden.

Ergebnisse Schwierigkeiten beim Zugang zu Versorgung sind fehlendes Wissen zu Depressionssymptomen und Behandlungsoptionen, der Umgang mit Stigmatisierung und Vorurteilen, mangelnde Behandlungskoordination und Beratung insbesondere beim Zugang zu ambulanter Psychotherapie, lange Wartezeiten sowie Verständigungsschwierigkeiten. Betroffene wünschen sich entstigmatisierende öffentliche Informationskampagnen zu Depression, bessere Informations- und Beratungsmöglichkeiten für Patienten sowie sprachliche Unterstützung insbesondere zu Beginn der Behandlung.

Schlussfolgerung Beim Versorgungszugang von Migrantinnen mit Depression besteht Verbesserungsbedarf. Die beschriebenen Schwierigkeiten sollten bei der Planung von Versorgungsangeboten und bei der Behandlung von Patienten stärker berücksichtigt werden.

Abstract

Objective The aim of the study was to find out how migrant women experience access to care for depression, what difficulties they have and what improvements they want.

Methods Content analysis of twelve partially structured qualitative individual interviews with first-generation migrant women who were treated for depression in Germany.

Results Difficulties with accessing care included a lack of knowledge about symptoms of depression and treatment options, dealing with stigmatization and prejudices, lack of treatment coordination and professional advice, especially regarding outpatient psychotherapy, long waiting times and difficulties in communication. To improve access to care, patients suggested destigmatizing public information campaigns on depression, better information material, more and improved counseling options for patients as well as language support especially at the beginning of treatment.

Conclusion There is room for improvement regarding access to care for migrant women with depression. Their difficulties and wishes should be given more consideration when planning care services and treatment.

Einleitung

Bevölkerungsrepräsentative Studien aus Deutschland legen eine 12-Monatsprävalenz für Depression von ca. 8% [1,2] und eine Lebenszeitprävalenz von 11,6% [2] in der Gesamtbevölkerung nahe, wobei Frauen etwa doppelt so häufig betroffen sind wie Männer [1,2]. Bei Menschen mit Migrationshintergrund^v ist von einer mindestens ähnlich hohen Prävalenz für Depression auszugehen [3,4], wobei manche Studien auch signifikant höhere Prävalenzraten für affektive und somatoforme Störungen bei Menschen mit eigener Migrationserfahrung und/oder anderer Staatsangehörigkeit feststellen [5]. Die teilweise gefundenen erhöhten Prävalenzraten für Depression bei Migranten sind jedoch multifaktoriell bedingt und auch auf sozioökonomische und soziokulturelle Faktoren sowie unter anderem auch auf erfahrene Diskriminierung zurückzuführen [3,6]. So haben Migranten aufgrund ihrer durchschnittlich niedrigeren sozioökonomischen Schichtzugehörigkeit ein generell höheres Erkrankungs- und Sterberisiko [7] und stellen darüber hinaus soziodemografisch eine heterogene Bevölkerungsgruppe dar, was bei der Erhebung und Interpretation epidemiologischer Daten zu berücksichtigen ist [3].

Nur etwa ein Drittel der Menschen mit depressiver Symptomatik in Deutschland nutzt psychotherapeutische oder psychiatrische Versorgungsangebote [8]. Ein Großteil der Patienten, die aufgrund einer Depression ambulante Versorgung in Anspruch nehmen, wird allein durch den Hausarzt versorgt [9]. Migranten der ersten Einwanderergeneration nehmen seltener fachärztliche Behandlung in Anspruch als die zweite Einwanderergeneration und Menschen ohne Migrationshintergrund [10]. Zudem nehmen sie signifikant weniger Rehabilitations- und Präventionsangebote und öfter niedrigschwellige Angebote mit geringem Koordinationsaufwand in Anspruch, was insbesondere Frauen aus der ersten Einwanderergeneration betrifft [11,12]. Diese Befunde zeigen sich auch im Bereich der psychosozialen Versorgung: In psychiatrischen Institutsambulanzen sind Menschen mit Migrationshintergrund gemessen an ihrem Bevölkerungsanteil deutlich überrepräsentiert [13], wohingegen sie stationäre psychosomatische Behandlung und Psychotherapie unterdurchschnittlich oft in Anspruch nehmen [14]. Laut einem systematischen Review von Studien zum Inanspruchnahmeverhalten von Migranten im deutschen Gesundheitssystem sind die Unterschiede bei der Inanspruchnahme nicht ausreichend durch Unterschiede im sozioökonomischen Status erklärbar [11].

Bisherige Daten zum allgemeinen Versorgungszugang von Migranten legen nahe, dass insbesondere Sprache und fehlendes Wissen zum Gesundheitssystem ein Problem darstellen, aber auch die Suche nach Hilfe im informellen Bereich und das Gefühl, mit der eigenen Kultur von Fachkräften nicht verstanden zu werden [15]. Speziell zum Zugang zu psychosozialer Versorgung von Migranten gibt es bisher nur wenige Daten. In einer qualitativen Interviewstudie aus den Niederlanden mit 25 Einwanderern aus China zu den Gründen für die geringere Nutzung von psychosozialen

^v „Migrationshintergrund“ und „Migrationserfahrung“ werden gemäß der Definition des Statistischen Bundesamtes verwendet [28]. Als „Migrantin“ oder „Migrant“ werden im Folgenden Menschen mit eigener Migrationserfahrung bezeichnet.

Versorgungsangeboten wurden vor allem praktische Aspekte wie Verständigungsprobleme und mangelndes Wissen zum niederländischen Gesundheitssystem genannt [16]. In einer qualitativen Studie aus Deutschland wurden elf Migranten mit psychischen Störungen zu ihren Erfahrungen mit psychosozialer Versorgung befragt. Es wurden insbesondere Vorbehalte und Ängste, fehlendes Wissen, fehlende Wahlmöglichkeiten und fehlende Aufklärung als Probleme beim Zugang benannt [17].

Insgesamt beschäftigen sich nur wenige Studien mit den individuellen Erfahrungen von Migranten beim Zugang zu psychosozialer Versorgung, obwohl insbesondere Frauen der ersten Einwanderergeneration Behandlungsangebote seltener in Anspruch nehmen. Ziel der vorliegenden Studie ist es daher, mehr darüber zu erfahren, wie Migrantinnen mit Depression den Zugang zu Versorgung erleben, welche Schwierigkeiten, Wünsche und Verbesserungsvorschläge sie haben und dabei die Betroffenen selbst zu Wort kommen zu lassen.

Material und Methoden

Qualitative Interviews

Zur Erhebung der Patientenperspektive wurden teilstrukturierte, leitfadengestützte Einzelinterviews in deutscher Sprache geführt. Dazu wurden zunächst im Rahmen einer Literaturrecherche in den Datenbanken PsychINFO und Medline theoretische und empirische Beiträge zum Thema „Versorgung von Migranten mit Depression“ gesichtet und darauf aufbauend in Rückgriff auf das SPSS-Schema von Helfferich ein teilstrukturierter Interviewleitfaden entwickelt [18]. Der Leitfaden orientierte sich an der Forschungsfrage „Wie erleben Migrantinnen mit Depression die Versorgung im deutschen Gesundheitssystem?“ und enthielt offene Erzählaufforderungen zu den Themenbereichen *Beginn der Depression und Beginn der Versorgung, Vorwissen zu Depression und Behandlung, private und berufliche Unterstützung, Zufriedenheit mit der erhaltenen Versorgung, Verbesserungsvorschläge allgemein und speziell für Migranten* sowie *Umgang mit Depression im Herkunftsland*. Außerdem waren zu jeder Erzählaufforderung mehrere Aufrechterhaltungs- und Nachfragen mit höherem Strukturierungsgrad enthalten, die dann gestellt wurden, wenn inhaltlich relevante Punkte (noch) nicht angesprochen wurden. Bei der Ausformulierung der Fragen wurde auf einfache Sprache geachtet.

Die Studie ist Teil des Versorgungsforschungsprojekts „Chronisch krank sein in Deutschland. Zahlen, Fakten und Versorgungserfahrungen“ am Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt [19], das von der Robert-Bosch-Stiftung gefördert wird und dem die Ethik-Kommission des Fachbereichs Medizin der Goethe-Universität am 23. April 2018 zugestimmt hat (Az. 117/18).

Teilnehmerinnen

Die zwölf Teilnehmerinnen waren alle gesetzlich krankenversichert, durchschnittlich 53 Jahre (38 - 67 Jahre) alt, durchschnittlich seit 27 Jahren (11 - 46 Jahren) in Deutschland und wanderten aus Südeuropa (4), Osteuropa (1), Zentralasien (1), Westasien (3) und

Südasiens (3) nach Deutschland ein.^{vi} Unter den Teilnehmerinnen waren sechs mit (Fach-)Abitur als höchstem allgemeinen Bildungsabschluss, vier mit Realschulabschluss und zwei ohne Schulabschluss. Drei Teilnehmerinnen waren zum Interviewzeitpunkt erwerbstätig.

Einschlusskriterien für die Teilnehmerinnen waren eine ärztlich oder psychologisch diagnostizierte und verifizierte Depression, in Deutschland erhaltene Behandlung, eigene Migrationserfahrung, Volljährigkeit und ausreichende Verständigungsfähigkeit in der deutschen Sprache. Ausschlusskriterium war die medizinische Versorgung über Sozialbehörden mit Behandlungsscheinen im Rahmen eines Asylverfahrens, da sich hier Ablauf und Leistungsumfang von der Regelversorgung im deutschen Gesundheitssystem unterscheiden.

Die Rekrutierung der Teilnehmerinnen erfolgte v.a. über die telefonische Ansprache von Multiplikatoren in Einrichtungen und Beratungsstellen für Migranten mit psychischen Erkrankungen durch die Erstautorin und Interviewerin (CE). Die Multiplikatoren sprachen daraufhin potentielle Interessentinnen an, übernahmen teilweise auch die Terminkoordination und stellten Räumlichkeiten zur Verfügung. Außerdem wurde die Studie von CE in der Patientenrunde einer psychiatrischen Tagesklinik vorgestellt, worüber direkte Kontakte zu Interessentinnen zustanden kamen.

Datenerhebung und Auswertung

Zunächst wurden von CE zwei Probeinterviews durchgeführt, die in der Analyse berücksichtigt werden konnten, da sich kein Überarbeitungsbedarf am Leitfaden ergab. Die Interviews dauerten durchschnittlich 64 Minuten und wurden von Mai bis August 2019 geführt. Sie fanden in den Räumlichkeiten des Instituts für Allgemeinmedizin bzw. der kooperierenden Beratungsstellen und in zwei Fällen auf Wunsch der Befragten in deren Privatwohnung statt. Die Audioaufzeichnungen der Interviews wurden vollständig transkribiert, anonymisiert, mithilfe der Software MAXQDA in zwei Teilschritten mit den Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring [20] ausgewertet.

Um einen Überblick über das umfangreiche Material zu gewinnen, wurde im ersten Teilschritt der Analyse vorwiegend inhaltlich-strukturierend vorgegangen. Das hierbei verwendete Kategoriensystem enthielt überwiegend auf dem Leitfaden aufbauende deduktive Kategorien mit hohem Abstraktionsniveau. Um Informationsverlust zu vermeiden, wurden jedoch – anders als bei Mayring – auch einige aus dem Material gewonnene induktive Kategorien auf gleichem Abstraktionsniveau gebildet. Vor allem zu Beginn der Auswertung wurde das Material durch zwei Wissenschaftlerinnen (CE und CG)^{vii} codiert, mit dem Ziel, verschiedene Perspektiven zu berücksichtigen, etwaige Vorannahmen zu reflektieren und um zu überprüfen, ob die Kategorien ausreichend

^{vi} Aus Gründen der Anonymisierung nach UN-Regionen bezeichnet.

^{vii} CE ist Diplom-Soziologin und Studentin der Humanmedizin mit besonderem Interesse an psychosomatischen Themen und qualitativer Forschung. CG ist promovierte Diplom-Psychologin mit umfangreicher Vorerfahrung in qualitativen Forschungsmethoden, insbesondere im Bereich Versorgungsforschung.

trennscharf definiert wurden. Unterschiedliche Auffassungen wurden in Rückbindung an das Material diskutiert und eine Konsensentscheidung getroffen.

Im ersten Teilschritt der Analyse wurden besonders häufig die Kategorien zum Versorgungszugang und zur Qualität der Versorgung, insbesondere den negativen Aspekten, dem Material mit häufigen Überschneidungen zugewiesen. Die so codierten Materialstellen wurden für den zweiten Teilschritt der Analyse herausgegriffen und mittels zusammenfassender Inhaltsanalyse nach Mayring mit ausschließlich induktiver Kategorienbildung und inhaltlichem Fokus auf den Schwierigkeiten und Verbesserungswünschen beim Versorgungszugang analysiert. Das Material wurde zunächst paraphrasiert, selektiert, gebündelt und integriert. Die Abstraktionsebene wurde schrittweise erhöht und so ein neues, allgemeineres und knapperes Kategoriensystem erstellt:

Tabelle 1:

| |
|------------------------------------------------------------------|
| Fehlendes Wissen |
| Hilfsbedürftigkeit erkennen, Hilfe suchen und annehmen |
| Die Initiative anderer |
| Fehlendes Konzept von Depression als Erkrankung |
| Fehlendes Wissen zum Gesundheits- und Sozialsystem |
| Stigmatisierung und Vorurteile |
| Krankheit annehmen, Scham abbauen |
| Wunsch nach mehr Verständnis im Umgang mit Depression |
| Mangelnde Behandlungscoordination und Beratung |
| Koordination der Behandlung |
| Beratung |
| Wunsch nach mehr Aufklärung zu Psychotherapie und Psychopharmaka |
| Wartezeiten |
| Langer Weg zu Diagnose und adäquater Versorgung |
| Wartezeiten und Absagen |
| Sprache |
| Allgemeine Verständigungsfähigkeit und -probleme |
| Verständigung im Rahmen der Versorgung von Depression |

Finales Kategoriensystem der zusammenfassenden Inhaltsanalyse mit ausgewählten Beispiellitem

Die Ergebnisse der Analyse werden gemäß den Standards für die Berichterstattung über qualitative Forschung wiedergegeben [21].

Ergebnisse

Die Ergebnisdarstellung orientiert sich am finalen, induktiv gebildeten Kategoriensystem mit den Hauptkategorien *fehlendes Wissen, Stigmatisierung und Vorurteile, mangelnde Behandlungscoordination und Beratung, Sprache und Wartezeiten*, die besonders bedeutsam für den Versorgungszugang der Befragten waren.

Fehlendes Wissen

Die meisten Befragten wussten vor ihrer Behandlung wenig über Depressionssymptome und Behandlungsmöglichkeiten. Viele von ihnen konnten die ersten Symptome der Depression daher anfangs nicht einordnen und erkannten ihre Hilfsbedürftigkeit nicht.

„Ich wusste nicht, dass ich eigentlich leide darunter. Ich war nicht genug ausgebildet oder so. Ich wusste nicht, dass Depression eine Krankheit ist oder wie, was Depression ist. Und ich habe gedacht, es ist einfach so. Ich habe gedacht, dass für jeden Mensch ist so.“ (B5)

Auch habe es in den Herkunftsländern oft kein Konzept von Depression als behandelbarer Erkrankung gegeben, wodurch teilweise auch das familiäre Umfeld der Befragten ihre Erkrankung nicht richtig habe verstehen können.

„Ich bin auf dem Dorf aufgewachsen mit Tieren in Natur. Ich hatte keine Ahnung, dass gibt so etwas. (...) Bei uns niemand wusste was. Ich denke niemand hat das Wort [Depression] gehört irgendwo oder so. Das Leben war wirklich locker.“ (B5)

„Ich wusste gar nix über Depressionen. Ich habe gehört, mein Cousin ist krank, meine Cousine sehr krank. Naja, Depression, aber was ist das? Wir haben das nicht gewusst. Und ich konnte schon längere Zeit nicht akzeptieren diese Krankheit.“ (B9)

Zahlreiche Befragte beschrieben fehlendes Wissen zu ihren Rechten im deutschen Sozial- und Gesundheitssystem, zu Versorgungseinrichtungen und Ansprechpartnern insbesondere am Anfang der Behandlung.

„Ich wusste nicht, wie das alles in Deutschland funktioniert, also ich komme ja nicht aus Deutschland. Ich wusste auch nicht, wie das (lachend) in meinem Land funktionieren würde und das waren aber so viele Ängste, also das/ Zu wem soll ich gehen?“ (B2)

Bei einigen Befragten bestand Unsicherheit darüber, wie finanzielle Unterstützung bei längerer Krankschreibung und der Bezug von Krankengeld geregelt sind und ob der Arbeitgeber den Grund des Fehlens erfährt. Aus Angst vor Arbeitsplatzverlust habe eine Befragte die Unterstützungsangebote ihrer Hausärztin längere Zeit nicht angenommen.

Einigen Befragten fehlte anfangs Wissen zu den Behandlungsmöglichkeiten von Depression. Sie verbanden damit v.a. starke Medikamente, die „apathisch machen“ und hatten teilweise Angst, zur Medikamenteneinnahme gedrängt oder gezwungen zu werden.

Stigmatisierung und Vorurteile

Viele Befragte waren in ihrem sozialen Umfeld in Deutschland und auch vor ihrer Einwanderung im Herkunftsland mit Stigmatisierung und Vorurteilen konfrontiert. So werde über Depressive im Herkunftsland gesagt, sie seien „dumm“, „verrückt“ oder „nicht normal“, zum Psychologen zu gehen sei eine „Schande“ oder „Blödsinn“ und Depression sei keine „richtige Krankheit“. Im Herkunftsland einer Befragten habe man Depressive mit Steinen beworfen.

Kulturelle Aspekte stünden der Behandlung daher auch manchmal im Weg, so eine Befragte, etwa wenn die Herkunftskultur weniger offen dafür sei. Sie wünsche sich daher, dass Behandler Patienten, die nicht aus Deutschland kommen, nicht „hängen lassen“ und ihnen auch dann weitere Angebote machen, wenn sie zunächst nicht aus sich herauskämen: „Weil bis ich aus meiner Haut bin, das hat auch lange gedauert. Das ist schwer. Auch für die Deutschen ist es schwer.“ (B10)

Stigmatisierung führt dabei auch zu Vorurteilen und Ängsten auf Seiten der Befragten. So machte sich eine Befragte Sorgen, sie könne im Rahmen der Behandlung womöglich als „nutzlos und ja, kaputt irgendwie oder Psychotante“ abgestempelt und für immer eingesperrt werden. Sie habe einige Zeit gebraucht, bis sie sich schließlich für die Behandlung in einer psychiatrischen Tagesklinik entschieden habe, auch weil sie sich unsicher gewesen sei, mit wem sie da zusammen komme, ob die Mitpatienten „balibali“ seien und z.B. weiße Jacken anhätten.

„Meine Meinung ist, da sind viel, viel Leute da draußen, die suchen keine Hilfe und brauchen es. Und die suchen es nicht aus, weil die wollen-, die haben Angst, so wie ich hatte. Die haben Angst, dass ihre Kinder werden weggenommen, ihre Ehe zerbricht oder sonst was, wenn die zugeben, dass die Probleme haben. Habe ich auch gedacht, damals. Und das ist nicht die Fall. Ist gerade die Gegenteil.“
(B12)

Eine Befragte habe die Behandlung in einer Tagesklinik zunächst am ersten Tag abgebrochen, da der Kontakt zu den Mitpatienten sie verunsichert habe. Diese hätten sich in ihren Augen merkwürdig verhalten und nicht auf Körperhygiene geachtet. Sie habe zunächst befürchtet auch so zu werden.

Eine andere Befragte nahm zunächst an einem „Aura-Kreis“ teil, „(...) denn Psychotherapie bedeutet: Ich bin krank, ich bin verrückt. Und Aura bedeutet: Ich arbeite an meinem Leben.“ (B2) Für sie war der Aura-Kreis auch deshalb attraktiv, weil sie skeptisch gegenüber dem Gesundheitssystem, der Pharmaindustrie und den Ärzten war, die in ihren Augen schematisch behandelten und kein Interesse an den Patienten hätten. Der Aura-Kreis hingegen werde von Menschen geleitet, „die nichts mit irgendwelchen komischen Systemen zu tun haben.“ Echte Hilfe bekomme man dort allerdings nicht, urteilte sie rückblickend.

Für mehrere Betroffene war es nicht einfach, sich zuzugestehen, Hilfe suchen und in Anspruch nehmen zu dürfen. Eine Befragte fasste erst nach einem einschneidenden Lebensereignis den Mut dazu:

„Da habe ich gedacht, es gäbe einen Grund jetzt. Jetzt versteht mich jeder. Es ist nicht so weit hergeholt. Die Nachbarin und die Nachbarin, die hatten das alle schon. Jetzt kann ich davon reden und vielleicht kriege ich einen Arzt, der mir hilft. Da habe ich halt den Mut auch gefasst zu gehen.“ (B10)

Viele Befragte wünschen sich vor diesem Hintergrund generell mehr Verständnis im Umgang mit Depression und mehr Allgemeinwissen:

„Einfach mehr Info drüber, Dokumentationen vielleicht, Dokus am Fernsehen und dass die Leute wissen, dass es wirklich doch ein Krankheit ist und nicht nur Traurigkeit oder nur das Keine-Lust-Krankheit.“ (B12)

Es fehle eine „allgemeine Ausbildung für Mental Health, das vielleicht auch in der Schule also so ein Begriff wird. Das ist genauso wichtig wie physische Gesundheit, dass man einfach weiß, wenn es mir zu traurig ist, ich kann das mit jemandem besprechen und ich sollte das machen“. (B2) Auch Ärzte und Pflegepersonal sollten im Umgang mit depressiven Patienten geschult werden und aufmerksamer sein.

Einigen Befragten fiel es nicht leicht, die Krankheit anzunehmen und vorhandene Schamgefühle abzubauen. Als hilfreich wurden dabei die Erkenntnis und die Erfahrung erlebt, mit der Diagnose Depression nicht allein zu sein. Es gebe viele andere Betroffene, doch werde im Alltag selten offen darüber gesprochen. Hilfreich sei anfangs insbesondere der Austausch mit anderen Betroffenen im Rahmen von Gruppenangeboten, die sich gut mit Alltag und Beruf vereinbaren lassen. Aber auch die Akzeptanz im persönlichen Umfeld sei wichtig:

„Was mir geholfen hat mit diesem Stigma von psychologischer Behandlung war, dass mein Tochter hat gesagt, ist gut, dass ich in Behandlung gehe. Ich hatte Riesenangst, ihr zu sagen, ‚Ich bin beim Psychologen.‘ Aber sie hat immer diese Traurigkeit in mir gefühlt. Und die hat eigentlich gesagt, ‚Ist gut, dass Du endlich Hilfe bekommst.‘“ (B12)

Mangelnde Behandlungscoordination und Beratung

Für die meisten Befragten war die Orientierung im Versorgungssystem und die Organisation der Behandlung schwierig und teils überfordernd. Für einige war die Initiative und Unterstützung anderer Menschen daher wesentlich für den Zugang zu Versorgungsangeboten. So waren Hausärzte, Sozialarbeiter, Familienangehörige, Freunde und Kollegen aufmerksam, erkannten die Situation der Befragten und setzten sich für weitere Therapiemaßnahmen ein – in einigen Fällen auch, weil die Befragten selbst nicht in der Lage dazu waren. Wenn man selbst nicht verstehen könne, was mit einem los ist, dann brauche es andere, die einen „wachrütteln“, so eine Befragte. Eine andere Befragte bemerkt: „Sie müssen jemand haben, dass wenn man nicht freiwillig geht, dann zwingen die.“ (B5)

In vielen Fällen fehlte diese Unterstützung jedoch auch. Eine Befragte empfand die mangelnde Beratung und Orientierung so, als habe man ihre gesundheitlichen Probleme ihr selbst überlassen. Über das hohe Maß an Eigeninitiative, das depressive Patienten für die Behandlung aufbringen müssen, sagte eine andere Befragte:

“Und besonders Leute, die psychisch krank sind, haben oft nicht die Energie und nicht die Fähigkeit, zu ihren Rechten zu stehen. Oft sind sie nicht informiert. Und oft geben sie einfach auf, wegen der Depression” (B11)

Den Befragten fehlte Hilfestellung und Beratung zu den verschiedenen ambulanten und (teil-)stationären Behandlungsformen, insbesondere zu den von der gesetzlichen Krankenkasse gezahlten Psychotherapiemethoden, was diese ausmache und welche der Methoden für sie geeignet sei. Es habe Unsicherheit darüber bestanden, inwieweit andere Therapiemethoden, z.B. die Körpertherapie, die privat gezahlt werden müssen, ebenfalls fundiert seien. Auch konkrete Informationen zu den Regeln und Gepflogenheiten im Rahmen der Psychotherapie hätten einer Befragten gefehlt, etwa wie Termine abgesagt werden können. Eine Befragte sei sich nicht sicher gewesen, welche Rolle der kulturelle Hintergrund bei der Psychotherapie spiele und ob Therapeuten grundsätzlich mit Menschen aus anderen Ländern arbeiteten. Sie bemerkte dazu, dass dies für sie selbst keine Rolle spiele, solange die Verständigung funktioniere.

Den Befragten hätten auch allgemeine Informationen zur Verfügbarkeit von Therapeuten und ihren fachlichen und methodischen Qualifikationen gefehlt, etwa zu Selbsterfahrung und Supervision. Auch die Kontaktaufnahme selbst sei schwierig:

„Wenn man die anruft, dann bieten die zum Beispiel zurückzurufen zu bestimmten Zeiten, fünf Minuten vor der vollen Stunde. Also das war irgendwie so kompliziert.“ (B2)

Die Rückrufe der Therapeuten hätten die Befragte teils in Situationen erreicht, in denen sie nicht offen habe sprechen können, etwa auf der Arbeit. Von 70 kontaktierten Therapeuten hätten ihr drei einen ersten Gesprächstermin angeboten. Auch eine andere Befragte habe eine ganze Liste von Therapeuten angerufen und nur einen Rückruf erhalten. Beide Befragte hätten die Entscheidung für einen Therapeuten schlussendlich nicht aufgrund von Sympathie, sondern aufgrund von Verfügbarkeit getroffen.

Eine Befragte habe sich gerade anfangs ein klares Behandlungskonzept gewünscht und dass ihr jemand gesagt hätte: „da kannst du entlang gehen, und dann wird es gut.“ (B10) Eine andere Befragte betonte, Kranke bräuchten einen Helfer, der sie an die Hand nehme. Für den Arzt bedeute das, dem Patienten zu sagen, was zu tun ist und nicht anders herum: „Und nicht, dass Arzt mir sagen, dass: ‚Ja, okay. Was kann ich für Sie tun?‘ Schön.“ (B7) Auch eine weitere Befragte habe den Eröffnungssatz mancher Behandler „Was kann ich für Sie tun?“ im Sinne einer Rollenumkehr empfunden und sich als Hilfesuchende nicht gut aufgehoben gefühlt.

Die Befragten hätten sich insgesamt eine bessere und individuelle Beratung durch den Hausarzt gewünscht. Eine Befragte wünschte sich in diesem Zusammenhang eine Art „psychologischen Hausarzt“, der die Patienten zu ihren konkreten Optionen berate, was momentan selbst fachkundige Ärzte aus Zeitmangel nicht schaffen würden. Auch die Beratung zu Psychopharmaka und ihren Nebenwirkungen komme zu kurz.

„ (...) ich meine nicht zu Hausarzt, sondern psychologische Hausarzt. Dann er soll, nach paar Therapien und so irgendwie herausfinden, allgemein, okay, was

brauche ich? Analyse brauche ich oder das und was ist grob meine Probleme. Dann schickst er mich zum richtige Arzt.“ (B4)

Sprache

Einige Befragte betonten, wie wichtig es für Migranten mit Verständigungsschwierigkeiten sei, sprachliche Unterstützung im Rahmen der Gesundheitsversorgung zu bekommen.

„Erster Punkt und letzter Punkt, das ist Sprache. Nur Sprache. (I: Auch für die Versorgung?) Versorgung, ja. Weil, ich war in Krankenhaus viel. Ich habe auch erste Mal in Krankenhaus-. Viele Wörter habe ich nicht verstanden.“ (B8)

Insbesondere zu Beginn der Behandlung sei dies wichtig:

“Und die Leute, ich habe die erlebt in Krankenhäusern und in Einrichtungen. (...) Also die Leute stimmen oft zu, wenn man sie versucht, für sie was zu sagen. Sie stimmen oft zu, ohne wirklich zu verstehen, was der gesagt hat. Und damit kriegt der Mensch, der mit ihnen spricht das Gefühl, sie haben ihn verstanden. Ja? Aber eigentlich läuft das alles über ihren Kopf irgendwie. Und das ist sehr schwer für Therapie und auch für richtige Diagnostik. (...) Also, ich glaube, Leute müssen irgendwelche sprachliche Hilfe haben. Mindestens am Anfang bis man weiß, was ist mit sie genau ist.” (B11)

Wartezeiten

Wartezeiten wurden von einem Großteil der Befragten als sehr belastend erlebt. Auf einen Termin für ein Erstgespräch in einem verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitut habe eine Befragte drei Monate gewartet, während sie gleichzeitig zwei Monate auf einen Termin beim Psychiater gewartet habe. Diese Wartezeit habe sie „irgendwie überlebt“ und bemerkt dazu: „Wo ich mir denke: 'Da kann ich mich in der Zeit umbringen.' Ich habe nicht gemacht, zum Glück.“ (B1) Ähnlich beschrieb es eine andere Befragte, die ca. sechs Wochen auf einen Platz in einer Tagesklinik gewartet habe. Sie habe sich vergessen gefühlt und bemerkt, dass man nach dieser langen Wartezeit schon längst tot sein könne. „Deswegen, bis ich die Platz hatte, hatte ich so die Meinung fast verändert, ob ich überhaupt da hingehen soll. Und, ja, bin ich aber hingegangen.“ (B12)

Eine Befragte habe trotz des chronischen Verlaufs ihrer Depression immer wieder Behandlungspausen von zwei Jahren erlebt, bis erneut eine Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung möglich gewesen sei. In diesen Behandlungspausen habe sich ihr Zustand oft so dramatisch verschlechtert, dass eine stationäre Behandlung nötig gewesen sei, obwohl sich ihr Zustand auch mit einer ambulanten Therapie hätte stabilisieren lassen.

Diskussion

Zusammenfassend ist der Versorgungszugang von Migrantinnen mit Depression von vielen Unsicherheiten und Ängsten geprägt [17]. So sind Erkrankung, Behandlung, Gesundheits- und Sozialsystem teilweise unbekannt. Dazu kommen existentielle Ängste

vor Arbeitsplatzverlust und Stigmatisierung im sozialen Umfeld [22]. Hieraus ergibt sich für Betroffene der deutliche Wunsch nach öffentlichkeitswirksamer Aufklärung, besseren Patienteninformationen und generell größerem Verständnis für Depression – auch auf Seite der Behandler.

Darüberhinaus würde Betroffenen auch eine bessere Behandlungscoordination den Zugang erleichtern. Dabei gilt generell für die meisten depressiven Patienten, dass sie sich aufgrund ihrer Symptome nicht im gleichen Maß selbst aktiv um eine Behandlung kümmern können wie psychisch Gesunde und sie daher generell erhöhten Unterstützungsbedarf haben [8,23]. Für Migranten bestehen zumindest teilweise und je nach Einzelfall noch zusätzliche Unsicherheiten, insbesondere durch fehlendes Wissen und Verständigungsschwierigkeiten [15–17]. In diesem Zusammenhang wird der Wunsch nach einer helfenden Hand deutlich, die gerade am Anfang der Behandlung unterstützt, wenn Betroffene orientierungslos oder von der Koordination der nächsten Behandlungsschritte überfordert sind. Dieser Wunsch nach einem Helfer, der den Weg weist, ist dabei auch im Kontext der Vorstellungen zum Behandler-Patienten-Verhältnis zu sehen: Zumindest einige Migranten wünschen sich ein wohlwollendes Autoritätsverhältnis anstelle des in unserem Gesundheitssystem zumeist angestrebten partnerschaftlichen Umgangs [24,25].

Insbesondere besteht Unterstützungsbedarf beim Zugang zu ambulanter Psychotherapie, der als zu kompliziert und zu langwierig erlebt wird. Dies deckt sich mit bisherigen Befunden über niedrige Inanspruchnahmeraten von Migranten in diesem Bereich [14]. Zudem deuten weitere Befunde auf eine negativere Einstellung gegenüber Psychotherapie bei Personen mit türkischem Migrationshintergrund hin [26], was die geringere Inanspruchnahme auch miterklären kann. Die langen Wartezeiten auf Behandlungsplätze für ambulante Psychotherapie aber auch für (teil-)stationäre Behandlung führen dabei nicht nur zu einem verzögerten Behandlungsbeginn, sondern lassen bei Betroffenen auch Zweifel an der Behandlung insgesamt aufkommen: Das Gefühl, mit den eigenen Problemen zunächst alleingelassen zu werden, trägt nicht zum Aufbau von Vertrauen in bestehende Versorgungsangebote bei.

Beim Versorgungszugang lassen sich system-, behandler- und patientenbezogene Aspekte angesichts der Komplexität des Versorgungssystems und der Heterogenität der verschiedenen Patientengruppen nicht klar voneinander trennen. Ebenso wenig ist eine eindeutige Trennung von migrantenspezifischen und -unspezifischen Aspekten möglich. Den genannten Zugangsproblemen muss daher auf verschiedenen Ebenen gleichermaßen begegnet werden: sowohl durch gesundheitspolitische Verbesserungsmaßnahmen auf Systemseite als auch durch eine gelungene, vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Patient und Behandler im konkreten Einzelfall. Gerade die emotionalen Aspekte der Behandlung, etwa das einfühlsame Eingehen auf die individuellen Bedürfnisse und Ängste der Patienten durch Behandler, werden dabei von Betroffenen immer wieder als besonders wichtig hervorgehoben [17]. Allerdings müssen auch für diese emotionalen Aspekte, die oft in den Verantwortungsbereich der Behandler gerückt werden, systemseitig die geeigneten Rahmenbedingungen geschaffen werden, etwa durch eine dem Zeitaufwand

angemessene Vergütung der Versorgung depressiver Patienten im hausärztlichen und ambulant-psychiatrischen Bereich.

Methodische Anmerkungen

Bei der Interpretation der Ergebnisse der vorliegenden Studie ist zu berücksichtigen, dass sie in einer Region Deutschlands mit überdurchschnittlich hohem Bevölkerungsanteil von Menschen mit Migrationshintergrund durchgeführt wurde, was sich auch im regionalen medizinischen Versorgungsangebot widerspiegelt (höherer Anteil an migrantenspezifischen Angeboten). Zudem sind die Einschlusskriterien der Studie zu bedenken: Die Interviews wurden auf Deutsch geführt und mit Migrantinnen, die schon Versorgungserfahrungen im deutschen Gesundheitssystem gemacht hatten und damit schon längere Zeit in Deutschland lebten. Zwar haben einige Befragte auch über Versorgungserfahrungen kurz nach der Einwanderung berichtet, zwei von ihnen auch aus der Zeit des Asylverfahrens, jedoch war die Stichprobe insgesamt zu heterogen, um allgemeine Rückschlüsse auf die Erfahrungen von Personen zu erlauben, die erst seit Kurzem in Deutschland leben und sehr geringe oder keine Sprachkenntnisse haben. Dies könnte Anknüpfungspunkt für weitere Forschungsprojekte sein; gerade die Versorgung von Asylbewerberinnen käme für eine weitere Betrachtung in Frage.

Für die Rekrutierung der Teilnehmerinnen war die direkte Ansprache von Multiplikatoren im Vergleich zu anderen Rekrutierungsversuchen entscheidend. Den Multiplikatoren war wichtig, vorab umfassende Informationen zur Studie und zur Interviewerin zu erhalten und so eine Vertrauensbasis aufzubauen [27]. Bei der Durchführung der Interviews zeigte sich, dass die meisten Studienteilnehmerinnen vor allem zu Beginn der Interviews auch etwas über die persönlichen Hintergründe der Depression berichten wollten. Dies schien ihnen wichtig zu sein, um sich verstanden zu fühlen und Vertrauen zur Interviewerin aufzubauen. Diesem Bedürfnis sollte daher auch bei zukünftigen ähnlichen Forschungsvorhaben genügend Raum gegeben werden.

In einem Fall konnte die Depressionsdiagnose aufgrund von Datenschutzbedenken einer Befragten nicht verifiziert werden. Da das Interview zu dem Zeitpunkt bereits geführt war, wurde es trotzdem in die Analyse eingeschlossen. Zwei Teilnehmerinnen konnten aufgrund von Verständigungsproblemen teilweise nur wenig Auskunft über die erhaltene Versorgung geben. Ihre Interviews konnten dementsprechend nur eingeschränkt in der Analyse berücksichtigt werden.

Die vorwiegend induktiv-zusammenfassend orientierte qualitative Inhaltsanalyse hat sich als gut geeignetes methodisches Konzept zur Erhebung der Patientenperspektive erwiesen. Die Ergänzung induktiver Kategorien war bis zum Ende des letzten Materialdurchgangs möglich, jedoch immer seltener nötig. Es wäre zwar vorstellbar, das finale Kategoriensystem auch in künftigen Forschungsprojekten anzuwenden, allerdings bestünde hierbei die Gefahr, wiederum Vorannahmen an das neue Material heranzutragen. Vor diesem Hintergrund ist auch für ähnliche Forschungsprojekte in der Zukunft ein induktiv orientiertes Vorgehen mit möglichst offener Fragestellung empfehlenswert.

Fazit für die Praxis

Der Versorgungszugang von Migrantinnen mit Depression kann erleichtert werden durch

- entstigmatisierende, öffentlichkeitswirksame Informationskampagnen zu Symptomen und Behandlung von Depression;
- muttersprachliche Informationsmaterialien zu Versorgungsangeboten und relevanten Grundlagen des Gesundheits- und Sozialsystems;
- Unterstützungsangebote bei der Behandlungskoordination, insbesondere beim Zugang zu ambulanter Psychotherapie;
- sprachliche Unterstützung im Einzelfall, etwa durch professionelle Sprachmittler;
- mehr Aufmerksamkeit und Einfühlungsvermögen der Behandler für individuell bestehende Vorbehalte und Ängste der Patienten.

Danksagung

Wir bedanken uns herzlich bei Dr. Juliana Petersen und Dr. Felix Reinhardt, die an der Vorbereitung dieses Projekts mitgewirkt haben, sowie bei Mirjam Dieckelmann, Tamara Schwertel und Dr. Cornelia Ploeger für ihre Unterstützung bei der Entwicklung des Interviewleitfadens. Wir bedanken uns bei den Mitarbeitern der psychosozialen Beratungsstellen, die uns bei der Rekrutierung von Interviewpartnerinnen mit großem Engagement unterstützt haben. Ein ganz besonders herzliches Dankeschön gilt den interviewten Frauen für ihre Offenheit und das entgegengebrachte Vertrauen.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- ¹ Thom J, Kuhnert R, Born S et al. 12-Monats-Prävalenz der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression in Deutschland. *J Heal Monit* 2017; 2(3): 72–80
- ² Busch MA, Maske UE, Ryl L et al. Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. *Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)*. *Bundesgesundheitsbl* 2013; 56:733–739
- ³ Mösko M, Härter M, Bermejo Bragado I. Epidemiologie psychischer Störungen bei Migranten. In: Heinz A, Hrsg. *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit*. 2. Aufl. München: Urban & Fischer Verlag / Elsevier; 2018: 229–237
- ⁴ Glaesmer H, Wittig U, Brähler E et al. Sind Migranten häufiger von psychischen Störungen betroffen? Eine Untersuchung an einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychiatr Prax* 2009; 36: 16–22
- ⁵ Bermejo I, Mayninger E, Kriston L et al. Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychiatr Prax* 2010; 37: 225–232
- ⁶ Igde E, Heinz A, Schouler-Ocak M et al. Depressive und somatoforme Störungen

- bei türkeistämmigen Personen aus Deutschland. *Nervenarzt* 2019; 90: 25–34
- 7 Spallek J, Razum O. Migration und Gesundheit. In: Richter M, Hurrelmann K, Hrsg. *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Wiesbaden: Springer VS; 2016: 153–166
- 8 Rommel A, Bretschneider J, Kroll L et al. Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen. Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede. *J Heal Monit* 2017; 2: 3–23
- 9 Gerste B, Roick C. Prävalenz und Inzidenz sowie Versorgung depressiver Erkrankungen in Deutschland. Eine Analyse auf Basis der in Routinedaten dokumentierten Depressionsdiagnosen. In: Klauber J, Günster C, Gerste B et al, Hrsg. *Versorgungs-Report 2013/2014. Schwerpunkt Depression*. Stuttgart: Schattauer; 2014: 21–54
- 10 Glaesmer H, Wittig U, Braehler E et al. Health care utilization among first and second generation immigrants and native-born Germans. A population-based study in Germany. *Int J Public Health* 2011; 56: 541–548
- 11 Klein J, von dem Knesebeck O. Inequalities in health care utilization among migrants and non-migrants in Germany. A systematic review. *Int J Equity Health* 2018; 17: 1-10
- 12 Razum O, Zeeb H, Meesmann U et al. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. *Migration und Gesundheit*. Berlin: Robert Koch-Institut; 2008
- 13 Schouler-Ocak M, Bretz HJ, Hauth I et al. Patienten mit Migrationshintergrund in psychiatrischen Institutsambulanzen. Ein Vergleich zwischen Patienten mit türkischer und osteuropäischer Herkunft sowie Patienten ohne Migrationshintergrund. *Psychiatr Prax* 2010; 37: 384–390
- 14 Koch E, Hartkamp N, Siefen RG et al. Patienten mit Migrationshintergrund in stationär-psychiatrischen Einrichtungen. Pilotstudie der Arbeitsgruppe „Psychiatrie und Migration“ der Bundesdirektorenkonferenz. *Nervenarzt* 2008; 79: 328–339
- 15 Bermejo I, Hölzel LP, Kriston L et al. Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. *Bundesgesundheitsbl* 2012; 55: 944–953
- 16 Liu CH, Meeuwesen L, Van Wesel F et al. Why do ethnic Chinese in the Netherlands underutilize mental health care services? Evidence from a qualitative study. *Transcult Psychiatry* 2015; 52(3): 331–352
- 17 Steinhäuser T, Schödwell S, Auckenthaler A. Zwischen Verständnis und Enttäuschung. Wie Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund die psychosoziale Versorgung in Deutschland erleben. *Verhal Psychosoz Prax* 2016; 48: 23–39
- 18 Helfferich C. *Die Qualität qualitativer Daten*. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2011
- 19 Gütthlin C, Köhler S, Dieckelmann M. *Chronisch krank sein in Deutschland. Zahlen, Fakten und Versorgungserfahrungen*. Frankfurt am Main: Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität; 2020. Im Internet: <http://publikationen.ub.uni-frankfurt.de/frontdoor/index/index/docId/55045>;

Stand 3.11.20

- 20 Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12. Aufl. Weinheim: Beltz Verlag; 2015
- 21 O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ et al. Standards for Reporting Qualitative Research. A Synthesis of Recommendations. Acad Med 2014; 89(9): 1245–1251
- 22 Shala M, Morina N, Salis Gross C et al. A Point in the Heart. Concepts of Emotional Distress Among Albanian-Speaking Immigrants in Switzerland. Cult Med Psychiatry 2020; 44: 1–34
- 23 Gensichen J, Guethlin C, Sarmand N et al. Patients' perspectives on depression case management in general practice. A qualitative study. Patient Educ Couns 2012; 86: 114–119
- 24 Schouler-Ocak M, Rapp MA, Reiske SL et al. Psychotherapie bei traumatisierten Patientinnen mit türkischem Migrationshintergrund. Berücksichtigung kultureller Faktoren. Psychother Psych Med 2008; 58: 169–175
- 25 Bachmann V, Völkner M, Bösner S et al. The Experiences of Russian-Speaking Migrants in Primary Care Consultations. Dtsch Arztebl Int 2014; 111: 871–876
- 26 Bretz J, Sahin D, Brandl EJ et al. Kulturabhängigkeit der Einstellung gegenüber psychotherapeutischer Behandlung bei Türkeistämmigen und Personen ohne Migrationshintergrund. Psychother Psych Med 2018; 69: 176–181
- 27 Mangold UR. Methodische Herausforderungen bei der qualitativen Befragung von Flüchtlingen und Migrant/-innen in Deutschland. Forschungserfahrungen aus der Praxis. In: Lessenich S, Hrsg. Geschlossene Gesellschaften. Verhandlungen des 38. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Bamberg 2016. Wiesbaden: Springer VS; 2016: 153–166 Essen: Deutsche Gesellschaft für Soziologie; 2017: 1-9. Im Internet: http://publikationen.soziologie.de/index.php/kongressband_2016/article/view/534; Stand: 3.11.20
- 28 Statistisches Bundesamt (Destatis). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2019. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt (Destatis); 2020. Im Internet: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Publicationen/Downloads-Migration/migrationshintergrund-2010220197004.pdf?__blob=publicationFile; Stand: 3.11.20

- Ende der Publikation -

VI. Literaturverzeichnis

1. GÜthlin C, Köhler S, Dieckelmann M. *Chronisch Krank Sein in Deutschland: Zahlen, Fakten und Versorgungserfahrungen*. Frankfurt am Main: Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität; 2020. Im Internet: <http://publikationen.ub.uni-frankfurt.de/frontdoor/index/index/docId/55045>; Stand 18.09.21.
2. Statistisches Bundesamt (Destatis). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund: Ergebnisse des Mikrozensus 2019*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt (Destatis); 2020. Im Internet: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Publikationen/Downloads-Migration/migrationshintergrund-2010220197004.pdf?__blob=publicationFile; Stand 18.09.21.
3. Statistisches Bundesamt (Destatis). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Wanderungen*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt (Destatis); 2020. Im Internet: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Wanderungen/Publikationen/Downloads-Wanderungen/wanderungen-2010120197004.pdf?__blob=publicationFile. Stand 18.09.21.
4. Thom J, Kuhnert R, Born S, Hapke U. 12-Monats-Prävalenz der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression in Deutschland. *J Heal Monit*. 2017; 2(3): 72–80.
5. Busch MA, Maske UE, Ryl L, Schlack R, Hapke U. Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz*. 2013; 56(5-6):733-739.
6. Mösko M, Härter M, Bermejo Bragado I. Epidemiologie psychischer Störungen bei Migranten. In: Machleidt W, Kluge U, Sieberer M, Heinz A, eds. *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und Psychische Gesundheit*. 2. Aufl. München: Urban & Fischer Verlag / Elsevier; 2018: 229–237.
7. Schouler-Ocak M, Aichberger MC. Versorgung von Migranten. *Psychother Psychosom Medizinische Psychol*. 2015;65(12):476-485.

8. Glaesmer H, Wittig U, Brähler E, Martin A, Mewes R, Rief W. Sind Migranten häufiger von psychischen Störungen betroffen? Eine Untersuchung an einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychiatr Prax.* 2009;36:16-22.
9. Bermejo I, Mayninger E, Kriston L, Härter M. Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychiatr Prax.* 2010;37(5):225-232.
10. Igde E, Heinz A, Schouler-Ocak M, Rössler W. Depressive und somatoforme Störungen bei türkeistämmigen Personen aus Deutschland. *Nervenarzt.* 2019;90(1):25-34.
11. Kobelt A, Goebber J, Pfeiffer W, Petermann F. Die sozioökonomische Schicht ist wichtiger für das Behandlungsergebnis in der psychosomatischen Rehabilitation als der Migrationshintergrund. *Phys Medizin Rehabil Kurortmedizin.* 2013;23(6):353-357.
12. Spallek J, Razum O. Migration und Gesundheit. In: Richter M, Hurrelmann K, eds. *Soziologie von Gesundheit und Krankheit.* Wiesbaden: Springer VS; 2016: 153-166.
13. Gerlach FM, Wille E, Greiner W, et al. *Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung: Gutachten 2018.* Bonn/Berlin: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen; 2018. Im Internet: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf. Stand 18.09.2021.
14. DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression. *S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression: Langfassung.* 2. Auflage. Version 5; 2015. Im Internet: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-0051_S3_Unipolare_Depression_2017-05.pdf. Stand 18.09.2021.
15. Rommel A, Bretschneider J, Kroll L, Prütz F, Thom J. Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen. Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede. *J Heal Monit.* 2017;2(4):3-23.
16. Radisch J, Büchtemann D, Kästner D, et al. Eine literatur- und expertengestützte Analyse der Versorgungspraxis von depressiv erkrankten Menschen in Deutschland. *Psychiatr Prax.* 2013;40(5):252-258.

17. Jacobi F, Höfler M, Strehle J, et al. Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt*. 2014;85(1):77-87.
18. Gerste B, Roick C. Prävalenz und Inzidenz sowie Versorgung depressiver Erkrankungen in Deutschland: Eine Analyse auf Basis der in Routinedaten dokumentierten Depressionsdiagnosen. In: Klauber J, Günster C, Gerste B, Robra B-P, Schmacke N, eds. *Versorgungs-Report 2013/2014: Schwerpunkt Depression*. Stuttgart: Schattauer GmbH; 2014:21-54.
19. Melchior H, Schulz H, Härter M. *Faktencheck Gesundheit: Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depression*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung; 2014. Im Internet: https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/user_upload/Faktencheck_Depression_Studie.pdf. Stand 18.09.2021.
20. Razum O, Zeeb H, Meesmann U, et al. *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Migration und Gesundheit*. Berlin: Robert Koch-Institut; 2008. Im Internet: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/migration.pdf?__blob=publicationFile. Stand 18.09.2021
21. Kohls M. *Morbidität und Mortalität von Migranten in Deutschland*. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge; 2011. Im Internet: https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Forschung/Forschungsberichte/fb09-mortalitaet.pdf;jsessionid=4BFF7EB4545C8030CE6D3E78C1BAAE5B.intranet242?__blob=publicationFile&v=11. Stand 18.09.2021.
22. Lindert J, Priebe S, Penka S, Napo F, Schouler-Ocak M, Heinz A. Versorgung psychisch kranker Patienten mit Migrationshintergrund. *Psychother Psych Med*. 2008;58:123-129.
23. Klein J, von dem Knesebeck O. Inequalities in health care utilization among migrants and non-migrants in Germany: A systematic review. *Int J Equity Health*. 2018;17(1):1-10.
24. Glaesmer H, Wittig U, Braehler E, Martin A, Mewes R, Rief W. Health care utilization among first and second generation immigrants and native-born Germans: A population-based study in Germany. *Int J Public Health*. 2011;56(5):541-548.

25. Tillmann J, Puth MT, Frank L, Weckbecker K, Klaschik M, Münster E. Determinants of having no general practitioner in Germany and the influence of a migration background: Results of the German health interview and examination survey for adults (DEGS1). *BMC Health Serv Res.* 2018;18:755.
26. Schouler-Ocak M, Bretz HJ, Hauth I, et al. Patienten mit Migrationshintergrund in psychiatrischen Institutsambulanzen: Ein Vergleich zwischen Patienten mit türkischer und osteuropäischer Herkunft sowie Patienten ohne Migrationshintergrund. *Psychiatr Prax.* 2010;37(8):384-390.
27. Koch E, Hartkamp N, Siefen RG, Schouler-Ocak M. Patienten mit Migrationshintergrund in stationär-psychiatrischen Einrichtungen: Pilotstudie der Arbeitsgruppe "Psychiatrie und Migration" der Bundesdirektorenkonferenz. *Nervenarzt.* 2008;79(3):328-339.
28. Koch E. Institutionelle Versorgung von psychisch kranken Migranten. In: Assion H-J, ed. *Migration und seelische Gesundheit.* Berlin Heidelberg: Springer Verlag; 2005:167-186.
29. Bermejo I, Hölzel LP, Kriston L, Härter M. Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* 2012;55(8):944-953.
30. Liu CH, Meeuwesen L, Van Wesel F, Ingleby D. Why do ethnic Chinese in the Netherlands underutilize mental health care services? Evidence from a qualitative study. *Transcult Psychiatry.* 2015;52(3):331-352.
31. Steinhäuser T, Schödwel S, Auckenthaler A. Zwischen Verständnis und Enttäuschung: Wie Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund die psychosoziale Versorgung in Deutschland erleben. *Verhal Psychosoz Prax.* 2016;48(1):23-39.
32. Helfferich C. *Die Qualität qualitativer Daten.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2011.
33. Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken.* 12. Auflage. Weinheim: Beltz Verlag; 2015.
34. Shala M, Morina N, Salis Gross C, Maercker A, Heim E. A point in the heart: Concepts of emotional distress among albanian-speaking immigrants in Switzerland. *Cult Med Psychiatry.* 2020;44(1):1-34.

35. Stiftung Deutsche Depressionshilfe. Im Internet: <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/unsere-angebote/kampagnen-und-aktionen/oeffentliche-kampagnen>. Stand 18.09.2021.
36. Horn A, Vogt D, Messer M, Schaeffer D. Health Literacy von Menschen mit Migrationshintergrund in der Patientenberatung stärken: Ergebnisse einer qualitativen Evaluation. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz*. 2015;58(6):577-583.
37. Ta TMT, Neuhaus AH, Burian R, et al. Inanspruchnahme ambulanter psychiatrischer Versorgung bei vietnamesischen Migranten der ersten Generation in Deutschland. *Psychiatr Prax*. 2015;42(5):267-273.
38. Bermejo I, Berger M, Kriston L, Härter M. Ist Patientenzufriedenheit in der stationären Depressionsbehandlung von der Qualität sprachlicher Deutschkenntnisse abhängig? *Psychiatr Prax*. 2009;36(6):279-285.
39. Kluge U. *(Un)Sichtbare Dritte: Dolmetscher als Sprach- und Kulturmittler in der psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung: Quantitative und qualitative Untersuchungen in Europa und Deutschland* [Dissertation]. Berlin: Freien Universität Berlin; 2013.
40. Penka S, Schouler-Ocak M, Heinz A, Kluge U. Interkulturelle Aspekte der Interaktion und Kommunikation im psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlungssetting: Mögliche Barrieren und Handlungsempfehlungen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz*. 2012;55(9):1168-1175.
41. Salize HJ, Voß E, Werner A, Falkai P, Hauth I. Behandlungspfade in der Versorgung von Patienten mit Schizophrenie und Depression. *Nervenarzt*. 2015;86(11):1358-1370.
42. Landesärztekammer Hessen. *Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen 2020*. Frankfurt am Main: Landesärztekammer Hessen; 2019. Im Internet: https://www.laekh.de/fileadmin/user_upload/Aerzte/Weiterbildung/WBO_2020.pdf. Stand 18.09.2021
43. Veit I, Janssen P, Heuft G. *Curriculum der psychosomatischen Grundversorgung*. Münster: Ärztekammer Westfalen-Lippe; ohne Jahr. Im Internet: https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen_und_Arbeitsgruppen/AG_Psychosomatik/Psychosom_Grundversorgung/Curriculum_Psychosomatische_Grundversorgung_Westfalen_Lippe.pdf. Stand 18.09.2021.

44. Landesärztekammer Hessen. *Kurs-Weiterbildung: Theoretische Grundlagen (Modul I) und Ärztliche Gesprächsführung (Modul II)*. Frankfurt am Main: Landesärztekammer Hessen; 2021. Im Internet: https://www.laekh.de/ueberuns/standort-bad-nauheim/akademie-fuer-aerztliche-fort-und-weiterbildung/veranstaltungsangebot/veranstaltung/Psychosomatische_Grundversorgung_fuer_die_Kurs-Weiterbildung_Allgemeinmedizin. Stand 18.09.2021.
45. Steinhäuser T, Martin L, Von Lersner U, Auckenthaler A. Konzeptionen von “transkultureller Kompetenz” und ihre Relevanz für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung: Ergebnisse eines disziplinübergreifenden Literaturreviews. *Psychother Psychosom Medizinische Psychol.* 2014;64(9-10):345-353.
46. Gensichen J, Guethlin C, Sarmand N, et al. Patients’ perspectives on depression case management in general practice: A qualitative study. *Patient Educ Couns.* 2012;86(1):114-119.
47. Gensichen J, von Korff M, Peitz M, et al. Case Management for Depression by Health Care Assistants in Small Primary Care Practices: A Cluster Randomized Trial. *Ann Intern Med.* 2009;151(6):369-378.
48. Bretz J, Sahin D, Brandl EJ, Schouler-Ocak M. Kulturabhängigkeit der Einstellung gegenüber psychotherapeutischer Behandlung bei Türkeistämmigen und Personen ohne Migrationshintergrund. *Psychother Psychosom Medizinische Psychol.* 2018;69(5):176-181.
49. Schouler-Ocak M, Rapp MA, Reiske SL, Heinz A. Psychotherapie bei traumatisierten Patientinnen mit türkischem Migrationshintergrund: Berücksichtigung kultureller Faktoren. *Psychother Psych Med.* 2008;58:169-175.
50. Bachmann V, Völkner M, Bösner S, Donner-Banzhoff N. The experiences of russian-speaking migrants in primary care consultations. *Dtsch Arztebl Int.* 2014;111(51-52):871-876.
51. Mangold UR. Methodische Herausforderungen bei der qualitativen Befragung von Flüchtlingen und Migrant/-innen in Deutschland: Forschungserfahrungen aus der Praxis. In: Lessenich S, Hrsg. *Geschlossene Gesellschaften: Verhandlungen des 38. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Bamberg 2016*. Essen: Deutsche Gesellschaft für Soziologie; 2017. Im Internet: https://publikationen.sozioologie.de/index.php/kongressband_2016/article/view/534; Stand 18.09.2021.

VII. Anhang

Anhang 1 - Interviewleitfaden

Anhang 2 - Demographische Daten der Teilnehmerinnen

Anhang 3 - Finales Kategoriensystem

Anhang 1 - Interviewleitfaden

| Leitfaden | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>[Kurze Einleitung:] Vielen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben, heute mit mir zu sprechen. Sind Sie damit einverstanden, dass ich unser Gespräch aufzeichne? Alle persönlichen Informationen wie Namen oder Daten werden später anonymisiert.</p> <p>[Aufzeichnung starten]</p> <p>Sie wissen ja bereits, das Thema unseres Gesprächs ist die Versorgung Ihrer Depression. Versorgung meint alles, was mit Ihrer Behandlung zu tun hat. Wir interessieren uns für Ihre persönlichen Erfahrungen und Erlebnisse. Deshalb gibt es dabei auch keine richtigen oder falschen Antworten. Sie können frei erzählen, wie Sie die Situation empfunden haben.</p> | | |
| Themenblock Erkrankungsgeschichte und Behandlungspfad | | |
| Erzählaufforderung | Aufrechterhaltungsfragen | Nachfragen |
| <p>Wie ging das denn alles los mit der Depression?</p> <p>Wie ging es dann weiter?</p> | <p>Wie sind Sie denn damit umgegangen?</p> <p>Und welche Erfahrung haben Sie noch gemacht?</p> <p>Wie haben Sie sich denn informiert, an wen Sie sich wenden können?</p> <p>Bei wem haben Sie Hilfe gesucht?</p> <p>Wie war das mit [dem ersten Ansprechpartner im Gesundheitssystem] für Sie?</p> <p>Was hätte Ihnen die Sache erleichtert?</p> <p>Wie lief das mit den Terminen? Mussten Sie auf Termine warten?</p> | <p>[Falls nicht direkt Hilfe gesucht wurde:] Wie kam es, dass Sie sich erst einmal keine Hilfe gesucht haben?</p> <p>Wie sind Sie auf [ihn/sie oder Namen des Arztes/Therapeuten] gekommen?</p> |
| <p>Welche Unterstützung gab es noch, zum Beispiel im privaten oder beruflichen Bereich?</p> | <p>Wie sah die Unterstützung aus?</p> <p>Was hätte Ihnen die Sache leichter gemacht?</p> | <p>Wie war denn Ihre private und berufliche Situation während Ihrer Behandlung?</p> |
| Themenblock Behandlungsmethode und Erwartungen | | |
| Erzählaufforderung | Aufrechterhaltungsfragen | Nachfragen |
| <p>Was wussten Sie anfangs darüber, was man gegen Depression machen kann?</p> | <p>Hat Ihnen [Hausarzt/Weiterbehandler] etwas empfohlen oder Ihnen gut erklärt, was man alles machen kann?</p> <p>Welche zusätzlichen Infos hätten Sie sich damals gewünscht?</p> | |
| <p>Wenn Sie zurückschauen, wie war die Behandlung für Sie?</p> | <p>Wie war das beim [Behandler]?</p> <p>Welche Erwartungen hatten Sie da?</p> <p>Wie zufrieden waren Sie mit ihm/ihr?</p> <p>Was hätte besser laufen können?</p> | <p>Was bedeutet für Sie gute Versorgung im Alltag mit Ihrer Erkrankung?</p> <p>Nur damit ich mir das genauer vorstellen kann, können Sie mir von einer Situation erzählen, in der Sie besonders zufrieden oder unzufrieden waren?</p> |

Themenblock Migration und Versorgung

[Einleiten:] Wir interessieren uns im Rahmen unseres Forschungsprojekts auch speziell für die Versorgung von Menschen, die wie Sie im Laufe Ihres Lebens nach Deutschland gekommen sind.

| Erzählaufforderung | Aufrechterhaltungsfragen | Nachfragen |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Was glauben Sie, wie ist das in dem Land, in dem Sie geboren wurden mit Depression? | Wie ist die Behandlung für Depression dort im Vergleich zu Deutschland? | Gibt es vielleicht Erzählungen von Familie, Freunden oder Bekannten, wie dort mit Depression umgegangen wird? |
| Haben Sie in dem Land, in dem Sie geboren wurden, auch Erfahrung mit einer Depressionsbehandlung gemacht? | Wie war das für Sie? Was war anders als hier in Deutschland? | |
| Stellen Sie sich vor, ein guter Freund oder eine Freundin kommen in die gleiche Situation wie Sie damals. Was würden Sie der Person sagen, was jetzt auf sie zukommt? | Welchen Rat oder Tipp haben Sie für die Person? | |
| Gibt es noch etwas, das Sie mir mitgeben wollen? Etwas, das in dem Bericht, den wir schreiben, Ihrer Meinung nach erwähnt werden sollte? | | |
| Und speziell für Menschen, die wie Sie nach Deutschland eingewandert sind, gibt es da etwas, das Sie mir mitgeben wollen? | | |

Anhang 2 - Demographische Daten der Teilnehmerinnen

| | |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Teilnehmerinnen | zwölf Frauen aus dem Rhein-Main-Gebiet |
| Altersdurchschnitt | 53 Jahre (38-67 Jahre) |
| Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Deutschland | 27 Jahre (11-46 Jahre) |
| Herkunft nach UN-Region: | Südeuropa (4), Osteuropa (1), Zentralasien (1), Westasien (3), Südasien (3) |
| Erwerbstätig zum Interviewzeitpunkt | drei Teilnehmerinnen (25%) erwerbstätig |
| Versicherungsstatus | zwölf Teilnehmerinnen (100%) gesetzlich versichert |
| Höchster allgemeiner Bildungsabschluss | sechs Teilnehmerinnen (50%) mit (Fach-)Abitur vier Teilnehmerinnen (33%) mit Realschulabschluss zwei Teilnehmerinnen (17%) ohne Schulabschluss |

Anhang 3 - Finales Kategoriensystem

| |
|------------------------------------------------------------------|
| Fehlendes Wissen |
| Hilfsbedürftigkeit erkennen, Hilfe suchen und annehmen |
| Die Initiative anderer |
| Fehlendes Konzept von Depression als Erkrankung |
| Fehlendes Wissen zum Gesundheits- und Sozialsystem |
| Stigmatisierung und Vorurteile |
| Krankheit annehmen, Scham abbauen |
| Wunsch nach mehr Verständnis im Umgang mit Depression |
| Mangelnde Behandlungscoordination und Beratung |
| Koordination der Behandlung |
| Beratung |
| Wunsch nach mehr Aufklärung zu Psychotherapie und Psychopharmaka |
| Wartezeiten |
| Langer Weg zu Diagnose und adäquater Versorgung |
| Wartezeiten und Absagen |
| Sprache |
| Allgemeine Verständigungsfähigkeit und -probleme |
| Verständigung im Rahmen der Versorgung von Depression |

Finales Kategoriensystem der zusammenfassenden Inhaltsanalyse mit ausgewählten Beispieltitems

VIII. Danksagung

Mein besonderer Dank gilt meiner Zweitbetreuerin Dr. Corina Güthlin für die hervorragende Betreuung während meiner gesamten Zeit als Doktorandin. Von Beginn der Studie an, über das Verfassen der Publikation bis hin zur Fertigstellung meiner Dissertation konnte ich jederzeit auf ihre engagierte Unterstützung und fachlich kompetente Betreuung zählen.

Ganz herzlichen Dank möchte ich auch meiner Betreuerin Prof. Dr. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch für die Möglichkeit der Durchführung dieser Studie, das überlassen des Dissertationsthemas sowie ihrer Unterstützung beim Verfassen der Publikation aussprechen.

Bedanken möchte ich mich auch bei allen Institutsmitarbeitern, die an der Robert-Bosch-Studie beteiligt waren und die mich fachlich unterstützt und mich beraten haben. Insbesondere Dr. Juliana Petersen, Dr. Felix Reinhardt, Mirjam Dieckelmann und Tamara Schwertel möchte ich für ihre Unterstützung besonders danken.

Ich bedanke mich bei den Mitarbeitern der psychosozialen Beratungsstellen, die mich bei der Rekrutierung von Interviewpartnerinnen mit großem Engagement unterstützt haben.

Ein ganz besonders herzliches Dankeschön gilt den interviewten Frauen für ihre Teilnahme an der Studie, ihre Offenheit und das entgegengebrachte Vertrauen.

IX. Schriftliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die dem Fachbereich Medizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main zur Promotionsprüfung eingereichte Dissertation mit dem Titel

„Versorgungserfahrungen von Migrantinnen mit Depression im deutschen Gesundheitssystem – Eine qualitative Interviewstudie zu Schwierigkeiten und Wünschen beim Zugang zu Versorgung“

im Institut für Allgemeinmedizin

unter Betreuung und Anleitung von Prof. Dr. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch mit Unterstützung durch Dr. Corina Güthlin ohne sonstige Hilfe selbst durchgeführt und bei der Abfassung der Arbeit keine anderen als die in der Dissertation angeführten Hilfsmittel benutzt habe. Darüber hinaus versichere ich, nicht die Hilfe einer kommerziellen Promotionsvermittlung in Anspruch genommen zu haben.

Ich habe bisher an keiner in- oder ausländischen Universität ein Gesuch um Zulassung zur Promotion eingereicht. Die vorliegende Arbeit wurde bisher nicht als Dissertation eingereicht.

Vorliegende Ergebnisse der Arbeit wurden (oder werden) in folgendem Publikationsorgan veröffentlicht:

Eidmann C, Siebenhofer A, Güthlin C. Wie erleben Migrantinnen mit Depression den Zugang zu Versorgung in Deutschland? Eine qualitative Interviewstudie zu Schwierigkeiten und Wünschen Betroffener. *Psychother Psych Med* 2021; 71: 343–350. DOI 10.1055/a-1390-4093

Frankfurt am Main, den _____
(Ort, Datum)

(Unterschrift)