

# Lebensqualitäts-Konzepte: Chancen und Grenzen

## Lebensqualität von Menschen mit Migrationshintergrund und von Geflüchteten

DR. ULRIKE KLUGE, ZENTRUM FÜR INTERKULTURELLE PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE,  
KLINIK FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE, CHARITÉ



**W**er sich mit der gesundheitsbezogenen Migrationsforschung beschäftigt, stellt fest, wie heterogen die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund ist. Diese Differenzierungsnotwendigkeit betrifft auch epidemiologische Studien zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Die Forschung hat in den vergangenen Jahren aufgezeigt, wie vielfältig die Variablen sind, die bei der Messung von Lebensqualität zu berücksichtigen sind. Zu fragen ist weiterhin, inwieweit Lebensqualität als Maß der Zufriedenheit auf eine Gruppe angewandt werden kann, deren Lebensbedingungen oftmals kaum Teilhabe- und Partizipationsmöglichkeiten zulässt. Die Aussagekraft herkömmlicher Erhebungsinstrumente zur Lebensqualität ist zu hinterfragen, wenn die gesundheitlichen Auswirkungen der Exklusionsmechanismen, die zentral für die subjektiv wahrgenommene Lebensqualität sind, nicht hinreichend berücksichtigt werden. Eine Modifikation der Erhebungsinstrumente mit Blick auf die Zielgruppe wäre daher sinnvoll.

Anhand von Konzepten und Forschungsergebnissen der gesundheitsbezogenen Migrationsforschung mit einem Schwerpunkt auf die psychischen und sozialen Dimensionen möchte ich mich der bislang wenig erörterten Frage nach der Lebensqualität von Menschen mit Migrationshintergrund und von Geflüchteten nähern. Die WHO definiert Lebensqualität als die „subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zu Kultur und den Wertesystemen, in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Standards und Anliegen“ (siehe Angermeyer et al, 2000).

*Um adäquate Forschungsansätze zu entwickeln, ist zu spezifizieren, was unter Migration und damit einhergehenden Definitionen verstanden wird.*

In der Migration ist dies zumeist ein Leben „im Dazwischen“ mit den dazugehörigen Aushandlungsprozessen und Herausforderungen. Zu spezifizieren ist allerdings, was genau unter Migration verstanden wird und welche Definitionen für verschiedene Personengruppen damit einhergehen und differenziert werden müssen, um adäquate Forschungs- und Versorgungszugänge zu entwickeln. Migration bezeichnet den dauerhaften Wechsel des Wohnortes von Menschen im geographischen und / oder sozialen Raum.

Dieses Phänomen ist kein Neues, allerdings haben gesellschaftliche und politische Entwicklungen im Zuge der sogenannten Globalisierung und zunehmenden Mobilität weltweit verstärkt zu Migrations-, Flucht- und Vertreibungsprozessen und damit nicht zuletzt zu einer verstärkten

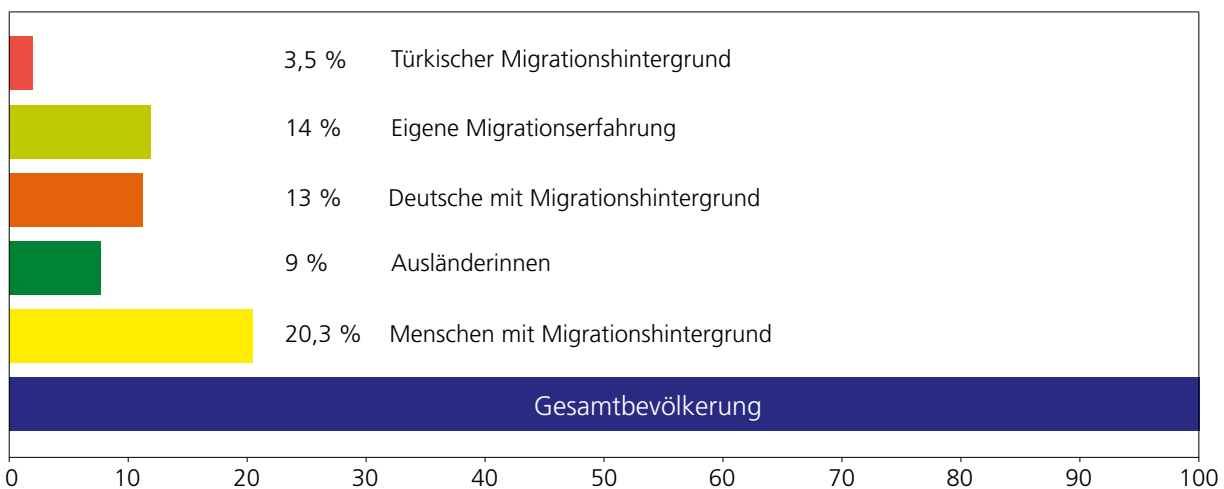
Vielfalt und Heterogenität an lokalen – vor allem urbanen – Orten beigetragen. In der Folge sind Fragen nach Integration, Inklusion und Migration als zentrale gesellschaftliche Analysekatoren auch in der Gesundheitsversorgung und -forschung in den Mittelpunkt gerückt.

Die Geschichte der Migration in Deutschland zeigt einen Wandel von einem Auswanderungsland noch im 19. Jahrhundert zu einem Einwanderungsland im letzten Jahrhundert, über die lange Tradition der Anwerbung ausländischer Arbeitskräfte in den letzten 60 Jahren bis hin

zu den nach Deutschland kommenden Geflüchteten aus aktuellen Krisen- und Kriegsgebieten.

Während noch in den 90er Jahren diese Akzeptanz von Deutschland als Einwanderungsland nur langsam von statten ging, wird aktuell auch in öffentlichen Debatten verstärkt von einem Migrationsland gesprochen, also einem Land, in dem Ein- und Auswanderung zur gesellschaftlichen Normalität gehören. So lautete der Titel des Jahresgutachten des Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration 2010 „Einwande-

## Wer sind Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland?



Quelle: Statistisches Bundesamt: Mikrozensus Bevölkerung mit Migrationshintergrund, 2015



Abbildung 1: Je nach Definition oder Grundgesamtheit variiert der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund stark.

rungsgesellschaft“ (SVR, 2010) und bereits 2011 „Migrationsland“ (SVR, 2011).

**Migrationshintergrund – von wem ist die Rede?**

In diesem Zusammenhang begegnet uns in den letzten Jahren verstärkt die Kategorie der Menschen mit Migrationshintergrund. Vom wem ist aber die Rede, wenn von Migranten gesprochen wird, bzw. wie unterscheidet sich diese Gruppe von der der Menschen mit Migrationshintergrund? Noch im Jahre 2000 wurde auch in der Gesundheitsforschung von Ausländern gesprochen. Definitorisch umfasst diese Gruppe aber ausschließlich die Personen mit einer anderen als der deutschen Staatsbürgerschaft und bildet nicht notwendigerweise eine eigene oder transgenerationale Migrationserfahrung ab.

Um die Gruppe mit einer eigenen Migrationserfahrung im gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Diskurs

zu erfassen, wurde in der Folge verstärkt von Migranten gesprochen. Hier stellte sich jedoch bald die Frage, ob es nicht gewinnbringend wäre, diese Erfahrungen und ihre Auswirkungen auf die Folgegenerationen mit in den Blick zu nehmen?

So wurde der Begriff der Menschen mit Migrationshintergrund 2005 in den Mikrozensus eingeführt und auch in der Gesundheitsforschung aufgegriffen. Die Definition umfasst „alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem nach 1949 zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil“ (Statistisches Bundesamt, 2007). Interessant ist, dass diese Definition in Europa einmalig ist. Damit sind Vergleichsforschungen schwierig. Die Definition bietet zwar einerseits die Chance differenzierterer

**Lebenssituation Geflüchteter anhand psychosozialer Belastungs- und Exklusionsfaktoren**



Quelle: Dr. Ulrike Kluge



**Abbildung 2: Die Situation Geflüchteter ist von unsicheren Lebensbedingungen im Herkunftsland sowie potenziell traumatisierenden Erfahrungen vor und während der Flucht geprägt.**

Betrachtungen in der Forschung, aber zugleich auch die Notwendigkeit, die Differenzierungen konsequent zu berücksichtigen.

Schauen wir uns konkrete Zahlen des Statistischen Bundesamtes zur Bevölkerung mit sogenanntem Migrationshintergrund an, wird deutlich, wie heterogen die Gruppe ist und dies auch ohne die Diversität der Herkunftskontexte mit einzubeziehen. So betrug der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund an der deutschen Gesamtbevölkerung 2014 20,3 Prozent, davon sind etwa die Hälfte Ausländer (9 Prozent), und etwas mehr als die Hälfte sind Deutsche mit Migrationshintergrund (11,3 Prozent). Drei Viertel der Menschen mit Migrationshintergrund haben eine eigene Migrationserfahrung (14 Prozent). Die größte Gruppe sind Menschen mit türkischem Migrationshintergrund, die etwa 3,5 Prozent an der deutschen Gesamtbevölkerung ausmachen (Statistisches Bundesamt, 2014) (siehe Abbildung 1).

Zugleich sind statistische Daten, die eine Differenzierung nach verschiedenen Herkunftskontexten/ Migrationshintergründen abbilden, nur eingeschränkt verfügbar. So liegen beispielsweise keine Daten vor, die Aussagen zuliefern, ob jemand einen iranischen UND türkischen Migrationshintergrund hat (z.B. wenn der Vater Iraner und die Mutter Türkin ist) außer anhand einer erfassten früheren Staatsbürgerschaft, die allerdings nur einen der Migrationshintergründe ausweist. Aber genau dies macht differenzierte epidemiologische Erhebungen schwierig.

### *In Frankfurt am Main haben 75 Prozent der unter Fünfjährigen einen Migrationshintergrund – was erfassen wir also mit diesem Begriff?*

Terminologien dienen der Abgrenzung und Eingrenzung. Es sind damit aber nicht die Heterogenität und die Überlappungen und damit einhergehenden hybriden aus diversen Migrationserfahrungen und Relevanzmarkierungen sich entwickelnden Identitäten abgebildet und ohne Weiteres statistisch erfassbar.

#### **Eine Gesellschaft, in der Diversität Normalität ist**

Besonders eindrücklich zeigt sich die Relevanz der Betrachtung von Migration und Migrationshintergrund, bzw. deren Normalität aber noch anhand einer anderen Zahl: In Frankfurt am Main haben 75 Prozent der unter Fünfjähri-

gen einen Migrationshintergrund (Statistisches Bundesamt, 2011). Hier stellt sich noch einmal anders die Frage, was wir erfassen, wenn wir uns mit dieser Definition einer bestimmten Gruppe zuwenden? Eine Mehrheitsgesellschaft, in der Migration und (kulturelle) Diversität Normalität ist? Und in welcher Weise nehmen wir sinnvolle Abgrenzungen vor? Und ist ein „Vertriebenenhintergrund“ kein Migrationshintergrund, weil er von der Definition des Mikrozensus nicht miterfasst wird, obwohl es sich um einen dauerhaften Wechsel des Wohnortes von Menschen im geographischen und / oder sozialen Raum handelte? Ist dies damit zu begründen, dass die Definition vielmehr auf eine ethnische/ kulturelle Abgrenzung abzielt und weniger auf eine die Definition von Migration fokussierende?

Mein zentrales Anliegen ist an dieser Stelle zu unterstreichen, dass wir sehr viel differenzierter in der Gesundheitsversorgung – aber auch -forschung darauf achten müssen, was wir abbilden möchten, wen wir in eine Untersuchung mit welchem Interesse einschließen. Und das gilt m.E. für epidemiologische Studien ebenso wie für Forschungen zur Lebensqualität.

#### **Differenzierung der Personengruppen findet nicht statt**

Eine der zentralen Herausforderungen in der psychologisch-medizinischen Migrationsforschung ist m.E. die terminologische und konzeptionelle Sensibilisierung in der Forschung aber auch in den Anwendungsbereichen. So ist beispielsweise auch in Fachdiskursen zu beobachten, dass die oben ausgeführte Differenzierung der Personengruppen nicht entsprechend stattfindet, bzw. Begriffe synonym genutzt werden. Dies steht jedoch der Erhebung reliabler und valider Daten z.B. im Zuge der Identifikation von definierten Zielgruppen und der differenzierten Entwicklung und Evaluation von Versorgungsangeboten zum Teil entgegen (Penka et al, 2015). Einer der Gründe ist, dass es bislang an einem regelhaft umgesetzten komplementären Einbezug sozialwissenschaftlicher Expertise und Diskurse zu Terminologien und Konzepten wie z.B. Kultur, „Rasse“, Ethnie und Migranten in der Versorgungsforschung mangelt (Heinz et al, 2014; Heinz und Kluge, 2011).

Sprechen wir von kultureller Diversität und Differenz, so taucht die Frage nach dem zugrundeliegenden Verständnis von Kultur auf. Auch hier sind Definitionen vielfältig und heterogen. In anthropologischen Diskursen wird Kultur nicht als abgeschlossene, statische Entität gefasst, sondern, wie es beispielsweise Schlehe konzipiert, als et-

was Komplexes (im Sinne von Polyphonie, intrakultureller Vielschichtigkeit), Dynamisches (im Sinne von prozesshaft, historisch veränderlich) und Hybrides (im Sinne von Kreolisierung, also einem Prozess des Ineinandergreifens) (Schlehe 2006). Damit rückt sie das Prozesshafte, Veränderliche in den Fokus und wir müssen fragen, wie eine in (diverse) »Kulturen« eingebettete Einzelperson Gruppenzugehörigkeiten identitätsstiftend einsetzt bzw. ihr zugeschrieben werden, anstelle der Frage danach, welche Kultur jemand mitbringt', bzw. wo er oder sie ‚ihre Wurzeln‘ hat.

*Man sollte nicht danach fragen, welche „Wurzeln“ eine Person hat, sondern welche Gruppenzugehörigkeiten für ihn oder sie identitätsstiftend sind.*

Aber hat Kultur bzw. der kulturelle Hintergrund einer Person und die jeweilige Gruppenzugehörigkeit einen Einfluss auf den Umgang mit Gesundheit und Krankheit? Der kulturelle Hintergrund einer Person oder Gruppe kann z.B. Ausdrucksweisen, Vorstellungen davon, was als krank oder gesund gilt und die Arten und Weisen des Hilfeaufsuchens etc. beeinflussen. Aber auch hierfür ist es wichtig, das Prozesshafte und Veränderliche zu fokussieren.

In diesem Zusammenhang wird auch von kulturell unterschiedlichen Erklärungsmodellen gesprochen (Kleinman 1988, Penka et al, 2003). Bemerkenswert dazu ist, dass gerade in Migrationskontexten die Differenzen in den Erklärungsmodellen, bzw. semantischen Netzwerken von Personengruppen sich nicht ausschließlich durch den kulturellen Hintergrund sondern vielfach auch durch Bildungsstand und andere soziale Zugehörigkeiten erklären lassen (Vardar et al, 2012).

### **Migrationshintergrund mit lokaler Armut assoziiert**

Ein weiterer interessanter Befund, der das mehrfaktorielle betont, ist die Interaktion zwischen Migrationshintergrund und lokaler Armut. So konnten wir zeigen, dass die psychische Belastung in Stadtteilen Berlins mit einer hohen Zahl an ALG-II Empfängern deutlich höher ist als in Stadtteilen mit einer geringeren Zahl. Dieser Effekt ist allerdings stärker bei Menschen mit Migrationshintergrund als bei Personen ohne Migrationshintergrund (Rapp et al, 2015). Die Ergebnisse verweisen damit auf die Interaktion verschiedener Diversitätsvariablen und den Einfluss der Lebensrealitäten diverser Gruppen auf deren psychische

Gesundheit und damit ebenfalls auf die Lebensqualität, hier im Sinne des Zusammenhangs von materiellem und immateriellem Wohlstand.

Die WHO-Definition zu gesundheitsbezogener Lebensqualität umfasst das körperliche, psychische und soziale Befinden eines Individuums (siehe Angermeyer et al, 2000). Die vorgestellten Befunde zeigen die deutliche Interaktion zwischen sozialem und psychischem Befinden und die Verstärkung dieses Effektes bei Menschen mit Migrationshintergrund. Daraus lassen sich verschiedene Fragen ableiten. Wie ich oben ausführte, kann individuell der kulturelle Hintergrund ganz unterschiedlich bedeutsam werden. Aber welche beeinflussenden Variablen verbergen sich darüber hinaus hinter dem zumeist als relevant markierten kulturellen Hintergrund? Diskriminierungserfahrungen sind wohl die prominenteste.

Eine der wenigen Studien zu Lebensqualität bei Menschen mit Migrationshintergrund zeigt den Zusammenhang zwischen wahrgenommener Diskriminierung und Lebensqualität ganz deutlich. Morawa und Erim konnten in einer Studie von 2014 zeigen, dass Menschen mit türkischem Migrationshintergrund im Vergleich zu Menschen mit polnischem Migrationshintergrund deutlich höhere Ausprägungen wahrgenommener Diskriminierung ebenso wie der Depression zeigen und zugleich niedrigere subjektive Lebensqualität aufweisen (Morawa und Erim, 2014). Die beiden Gruppen unterschieden sich – neben dem definierten Migrationshintergrund – dahingehend, dass die Untersuchungsteilnehmer mit polnischem Migrationshintergrund häufiger erwerbstätig waren, eine bessere Schulbildung aufwiesen und bessere Deutschkenntnisse hatten.

*Diskriminierungserfahrungen haben hohe Relevanz für Lebensqualität. Dabei erscheint weniger der reale als der kulturelle Hintergrund einer Person ausschlaggebend.*

Als mögliche Erklärung für die höheren Scores in der wahrgenommenen Diskriminierung bei Personen mit türkischem Migrationshintergrund führen die Autorinnen die höhere religiöse, kulturelle und äußerliche Distanz an, die möglicherweise auch auf islamophobe Haltungen in der Mehrheitsgesellschaft zurückzuführen sind (ebd.). Insgesamt macht der Beitrag die Relevanz der Diskriminierungserfahrungen für die Lebensqualität sehr deutlich. Die Studie zeigt damit aber auch, dass weniger der reale kulturelle

Hintergrund mit den dazugehörigen unterschiedlichen Werten, Normen und Alltagspraxen ausschlaggebende Variable ist, sondern vielmehr die Interaktionen, Zuschreibungen und Markierungen des kulturell Differenten zwischen Mehrheitsgesellschaft und MigrantInnengruppen (Kluge und Bostanci 2012).

*Erhebungsbögen wie der SF-36 nutzen als Referenzen Alltag und Normalität, gerade das fehlt Geflüchteten zumeist.*

Meine Ausgangsfrage war, ob sich die Frage nach der Lebensqualität bei Menschen mit Migrationshintergrund und Geflüchteten anders stellt als bei einheimisch Deutschen? Für die Kategorie der Menschen mit Migrationshintergrund habe ich potenziell zu berücksichtigende Parameter genannt und möchte nun explizit noch einmal auf die Gruppe der Geflüchteten in Deutschland eingehen und fragen, welche Relevanz eine Differenzierung bei dieser Gruppe haben kann.

Eingangs hatte ich die Definition der WHO angeführt: „die Lebensqualität ist die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zu Kultur und den Wertesystemen in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Standards und Anliegen“ (siehe Angermeyer et al, 2000). Vergewärtigen wir uns die Lebenssituation der Geflüchteten, ist die Einschränkung der Lebensqualität offensichtlich und es ist zu fragen, ob diese Kriterien/Faktoren zu relevanten Aussagen bei dem Versuch der Bestimmung der Lebensqualität Geflüchteter führen.

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität erfragt der Short Form-36 (SF-36) beispielsweise anhand folgender zwei Items: „Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?“ und „Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen vier Wochen Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?“

**Lebensqualität als sinnvolles Maß der Zufriedenheit?**

Die Lebensrealität der Geflüchteten ist geprägt von unsicheren Lebensbedingungen im Herkunftskontext und den dazugehörigen potenziell traumatisierenden Erfahrungen

aufgrund von Krieg, Folter und Vertreibung, die Separationen und Trennungen von nahen Bezugspersonen, die potenziell traumatisierenden Erfahrungen auf der Flucht, die Schwierigkeiten, einen Zufluchtsort zu finden, und die problematischen Bedingungen im Aufnahmekontext (Abbildung 2). Vor diesem Hintergrund sind diese beiden Items mit ihrer Referenz auf Alltag und Normalität schwer beantwortbar. Ist es doch genau das, was Geflüchteten zumeist fehlt. Und hierbei ist nicht der ethnische oder kulturell differente Hintergrund ausschlaggebend, sondern der Verlust einer alltäglichen Normalität aufgrund der (strukturell) bedingten Lebenssituation, in der sich Geflüchtete befinden und befinden.

Die Lebensqualität ist bekanntermaßen ein Maß der Zufriedenheit. Ist dieses Maß sinnvoll für eine Gruppe, für die es kaum Teilhabe- und Partizipationsmöglichkeiten in diversen Lebens- und Funktionsbereichen gibt?

Es wird in Fachkreisen angenommen, dass die subjektiv wahrgenommene Lebensqualität hinsichtlich des materiellen und immateriellen Wohlstandes (zu letzterem gehört auch die gesundheitsbezogene) durch die Verbesserung der äußeren Faktoren zu erreichen ist. Da die strukturellen Bedingungen, also äußere Faktoren im Rahmen individualisierter gesundheitlicher Unterstützung, gerade bei Geflüchteten vielfach nicht beeinflussbar sind (Baron et al, 2015), ist zu diskutieren, ob die Erhebung der subjektiv wahrgenommenen Lebensqualität ein sinnvolles Maß ist.

Meines Erachtens ist das Soziale untrennbar vom gesundheitlichen Wohlbefinden bei Geflüchteten. Im gesundheitswissenschaftlichen Diskurs im Allgemeinen ist allerdings die soziale und ökonomische Situation dieser Personengruppe bislang eher marginal berücksichtigt.

Daher haben sich in den letzten Jahren Experten aus der psychosozialen Versorgung und Versorgungsforschung Geflüchteter verstärkt mit dem Konzept der Inklusion als Maß zur Beurteilung des Einflusses der (äußeren) Belastungs- und Exklusionsfaktoren (Abbildung 2) – die zur Lebensrealität der meisten Geflüchteten gehören – auf körperliche und psychische Gesundheit beschäftigt. Beispielsweise wurde in der Arbeit mit Geflüchteten vielfach ersichtlich, dass erst mit der Absicherung des Aufenthaltsstatus in den meisten Lebensbereichen eine Inklusion, im Sinne von grundlegender Partizipation und Zugehörigkeit möglich ist (ebd.).

Instrumente, die die psychosoziale Situation Geflüchteter im Exil erfassen, existieren nicht (Baron et al, 2015).

Es existieren zwar Instrumente, die die sozialen Einflussfaktoren in den Mittelpunkt des Interesses rücken, allerdings berücksichtigen sie nicht den Zugang zu den diversen Ressourcen. Aber dieser Zugang ist für Geflüchtete besagtermaßen in vielen Bereichen eingeschränkt bzw. nicht vorhanden (ebd.). Da er essenziell für gesundheitliches und allgemeines Wohlbefinden ist, wird er jedoch in der Erfassung der Lebensqualität zu großen Teilen als existierend vorausgesetzt.

*Instrumente, die die psychosoziale Situation Geflüchteter im Exil erfassen, gibt es bisher nicht. Andere Instrumente setzen Lebensqualität als existierend voraus.*

Die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) hat hierzu in Kooperation mit verschiedenen Experten ein flüchtlingspezifisches Inklusionschart entwickelt, welches genau dieses Dilemma in den Fokus rückt. Ursprüngliches Ziel des Instrumentes war es, die Inklusion von Geflüchteten in verschiedene gesellschaftliche Funktionssysteme zu messen. Darüber sollte es möglich werden, Exklusion aufzuzeigen und entsprechende Interventionsbedarfe zu identifizieren (ebd.).

### **Modifikation der Erhebungsmethoden wäre sinnvoll**

Meines Erachtens scheint die derart gemessene Inklusion ein relevantes und angemessenes Maß zur Erfassung von Parametern wie Teilhabe, die wiederum grundlegend für Zufriedenheit sind, gerade wenn die soziale Dimension untrennbar mit der individuellen Dimension von gesundheitsbezogener Lebensqualität einhergeht, was sich für diese Zielgruppe bereits darin zeigt, dass sie von der Gesundheitsversorgung aufgrund des Status und der rechtlichen Situation zu Teilen ausgeschlossen ist.

Ich würde dennoch argumentieren, dass gesundheitsbezogene Lebensqualität auch für Erhebungen bei Geflüchteten ein interessantes Maß sein kann, bzw. hierzu interessante Vergleichsdaten zu anderen Personengruppen generiert werden können. Allerdings ist jeweils zu fragen, welche Aussagekraft Ergebnisse haben und inwiefern die strukturell bedingten Exklusionsmechanismen nicht die zentral beeinflussenden Variablen sind, deren gesundheitliche Auswirkungen anhand von Lebensqualitätserhebungen nicht hinreichend berücksichtigt werden, obgleich sie zentral für die unterschiedlichen Bereiche des subjektiv

wahrgenommenen materiellen und immateriellen Wohlstandes sind. In der Praxis wäre sicher eine Kontrastierung mit Erhebungen des Inklusionsgrades durch das besagte Chart bei dieser Zielgruppe aufschlussreich.

Lebensqualitätsinstrumente sind vielfach kulturübergreifend konzipiert. Dennoch wäre im Sinne der dargestellten Überlegungen eine zielgruppenadäquate Modifikation entsprechender Erhebungsinstrumente sinnvoll.

E-Mail-Kontakt:  
Ulrike.Kluge@charite.de

### **Literaturverzeichnis**

1. Angermeyer M C, Kilian R & Matschinger H. (2000) WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität. Göttingen: Hogrefe.
2. Baron J, Schriefers S, Windgasse A & Pantuček-Eisenbacher P (2015) „Daten für Taten: Indikatoren für Inklusion“ Die flüchtlingspezifische Inklusionschart (IC\_flü). soziales\_kapital- wissenschaftliches journal österreichischer fachhochschul-studiengänge soziale arbeit, Nr. 13, Rubrik „Werkstatt“. <http://www.soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/viewFile/363/627.pdf> (letzter Zugriff 25.08.2018)
3. Kluge U, Bostanci S (2012) MigrantInnen als Bedrohung - die neue Diskursfähigkeit einst abgelegter Weltbilder. In: Heinz A, Kluge U (Hg) Einwanderung - Bedrohung oder Zukunft? Mythen und Fakten zur Integration. Campus, Frankfurt a.M.
4. Heinz A, Kluge U (2011) Ethnologische Ansätze in der transkulturellen Psychiatrie. In: Machleidt W, Heinz A. Praxis der Interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit. Elsevier, Urban & Fischer. München.
5. Heinz A, Müller DJ, Krach S, Cabanis M, Kluge UP (2014) The uncanny return of the race concept. *Frontiers in Human Neuroscience*. 8:836.
6. Kleinman A (1988) *The Illness Narratives. Suffering, healing & the human condition*. Basic Books.
7. Morawa E, Erim Y (2014) The interrelation between perceived discrimination, depressiveness, and health related quality of life in immigrants of Turkish and Polish origin. *Psychiatr Prax*. May;41(4):200-7.
8. Penka S, Krieg S, Hunner C, Heinz A (2003) Unterschiedliche Erklärungsmodelle für abhängiges Verhalten bei türkischen und deutschen Jugendlichen. Bedeutung für Prävention und Behandlungsangebote. *Nervenarzt*, 74:581-586
9. Penka S, Faißt H, Vardar A, Borde T, Mösko M, Dingoyan D, Schulz H, Koch U, Kluge U, Heinz A (2015) Der Stand der interkulturellen Öffnung in der psychosozialen Versorgung-Ergebnisse einer Studie in einem innerstädtischen Berliner Bezirk. *Psychotherapie-Psychosomatik-Medizinische Psychologie* 65(09/10): 353-362.
10. Rapp MA\*, Kluge U\*, Penka S, Vardar A, Aichberger MC, Mundt AP, Schouler-Ocak M, Mösko M, Buttler J, Meyer-Lindenberg A, Heinz A (2015) When local poverty is more important than your income: mental health in minorities in inner cities. *World Psychiatry*, 14(2): 249-50. [\* equal contribution]

11. Schlehe, Judith (2006). Kultur, Universalität und Diversität. In: Wohlfart, Ernestine und Manfred Zaumseil (Hg.) Transkulturelle Psychiatrie - Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis. Heidelberg, Springer Medizinverlag.
12. Statistisches Bundesamt (2007): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2005. [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220057004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220057004.pdf?__blob=publicationFile) (zuletzt abgerufen am 26.08.2016)
13. Statistisches Bundesamt (2014) Fachserie 1, Reihe 2.2. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus – 2014. [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220147004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220147004.pdf?__blob=publicationFile) (zuletzt abgerufen am 26.08.2016)
14. Statistisches Bundesamt (2011) Bevölkerung nach Migrationsstatus regional, Ergebnisse des Mikrozensus 2011. <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/BevoelkerungMigrationsstatus.html> (zuletzt abgerufen am 26.08.2016)
15. SVR (2010) Einwanderungsgesellschaft 2010. Jahresgutachten 2010 mit Integrationsbarometer, Berlin.
16. SVR (2011) Migrationsland 2011. Jahresgutachten 2011 mit Integrationsbarometer, Berlin.
17. Vardar A, Kluge U, Penka S (2012) How to express mental health problems: Turkish immigrants in Berlin compared to native Germans in Berlin and Turks in Istanbul. Eur Psychiatry 27:S50-S55.

.....

**DR. PHIL., DIPL.-PSYCH. ULRIKE KLUGE**

.....



*Dr. Ulrike Kluge leitet seit 2012 das Zentrum für Interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie (ZIPP) an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité Campus Mitte. Seit 2014 ist sie Post-Doc-Mitarbeiterin der Abteilung Migration, psychische und körperliche Gesundheit und Gesundheitsförderung am Berliner Instituts für empirische Integrations- und Migrationsforschung (BIM). Sie ist Psychoanalytikerin in Weiterbildung (APB e.V. in Berlin) und Gruppenanalytikerin in Weiterbildung (SGAZ, Zürich). Ihre Forschungsschwerpunkte sind Transkulturelle Psychiatrie, Migrations- und Versorgungsforschung, Interkulturelle Psychotherapie mit Sprach- und Kulturmitteln, Qualitative Sozialforschung und die Theorie und Praxis der Ethnopschoanalyse.*

