

Die psychiatrische Versorgung spanischer Migranten in Deutschland

**Evaluation eines Projektes zur stationär-
psychiatrischen Behandlung Spanisch
sprechender Bürger**

Maria- Amparo Valdes-Stauber

Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität München
Direktor: Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Möller

**DIE PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG SPANISCHER MIGRANTEN IN
DEUTSCHLAND**

**Evaluation eines Projektes zur stationär-psychiatrischen Behandlung
Spanisch sprechender Bürger**

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von
Maria Amparo Valdes-Stauber
aus Parana-Lena (Spanien)

Jahr
2006

Mit ***Genehmigung*** der Medizinischen Fakultät der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. G. Laakmann

Mitberichterstatter: Prof. Dr. Dr. W. Bender

Dekan: Prof. Dr. med. Dr. h.c. K. Peter

Tag der mündlichen Prüfung: 04.05.2006

<u>Inhaltsverzeichnis</u>	<u>Seite</u>
1. <u>Allgemeine Einleitung</u>	6
2. <u>Soziologischer Hintergrund</u>	8
2.1. Geschichtliche Einführung	8
2.2. Literaturübersicht	11
2.2.1. Internationaler Überblick	11
2.2.2. Migrationspsychiatrische Untersuchungen in Deutschland	13
2.2.3. Untersuchung zu psychischen Störungen spanischer Arbeitnehmer in Deutschland	15
2.3. Auswanderungsphasen spanischer Arbeitnehmer nach Deutschland	18
2.4. Soziodemografische Angaben zur spanischen Auswanderung nach Deutschland	19
2.5. Auswertung der Ergebnisse von Sozialdiensten für Ausländer	21
3. <u>Fragestellung und Methodik</u>	25
3.1. Allgemeine Fragestellung	25
3.2. Beschreibung des Behandlungsprojektes für psychiatrisch behandlungsbedürftige Spanier im Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren	26
3.3. Methodik	28
2.3.1. Beschreibung der Stichprobe	28
2.3.2. Untersuchungsinstrumente	28

	<u>Seite</u>
4. <u>Ergebnisse</u>	30
4.1. Soziodemografische Daten, soziokultureller Hintergrund, psychosoziale Situation	30
4.2. Administrative und medizinisch-psychiatrische Ergebnisse	34
4.3. Ergebnisse zur stationären Behandlung, zum Verlauf und zur Weiterbetreuung	40
5. <u>Diskussion der Ergebnisse</u>	49
6. <u>Zusammenfassung</u>	57
7. <u>Literatur</u>	60
8. <u>Tabellarischer Anhang</u>	79
9. <u>Lebenslauf</u>	91
10. <u>Danksagung</u>	92

1. Allgemeine Einleitung

Deutschland ist spätestens seit dem Zweiten Weltkrieg ein Einwanderungsland geworden, ähnlich wie andere westeuropäischen Staaten. Inzwischen ist jeder Zehnte in Deutschland lebende Mensch ein Ausländer, was die Bundesrepublik zu einem multikulturellen Land hat werden lassen. Da Deutschland über keine Einwanderung aus ehemaligen Kolonien aufwies, rekrutierten sich die meisten Immigranten ab 1950 aus Arbeitssuchenden, die vorwiegend aus dem Mittelmeerraum stammten. Dazu zählten Spanier, die nach einem Abkommen zwischen beiden Ländern 1960 über 15 Jahre zahlreich in die BRD emigrierten.

In der vorliegenden Studie wird ein zwischen dem Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren –einem Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie- und dem Referat für Spanier vom Caritasverband entwickeltes Projekt zur Versorgung von besonders schwer psychisch kranken Spanisch sprechenden Migranten evaluiert. Es handelt sich um Menschen, die auf Grund sowohl der Schwere ihrer Erkrankung als auch der kulturspezifischen Eigenschaften einer speziellen transkulturellen Behandlung bedürfen, da die Versorgungsstrukturen vor Ort mit der sozialpsychiatrischen Herausforderung überfordert sind. In den ersten 15 Jahren Bestehen konzentrierten sich die Bemühungen auf die stationäre Behandlung, welche in der vorliegenden Arbeit beschreiben und evaluiert wird. In den letzten Jahren hat sich der Schwerpunkt der Versorgung erheblich auf den ambulanten Bereich verlagert. Da die Stichprobe nicht repräsentativ ist, hat die Arbeit vorwiegend Erkundungscharakter und versucht darüber hinaus, klassische Fragestellungen der Migrationspsychiatrie –wie die Zusammenhänge zwischen Zeitpunkt der Auswanderung und Ausbruch der Erkrankung- anhand der Ergebnisse zu diskutieren.

Zunächst wird ein Überblick über die Soziologie spanischer Auswanderung nach Deutschland und über die entsprechende Literatur erarbeitet. Im Anschluss daran werden das Projekt Gegenstand der Arbeit sowie die dabei angewandte Methodologie beschrieben. Die Ergebnisse der Untersuchung werden nach soziodemographischen, administrativen und klinischen Kriterien dargelegt und im Lichte migrationspsychiatrischer Erkenntnisse diskutiert.

2. Soziologischer Hintergrund

2.1. Geschichtliche Einführung

Das Phänomen der Migration ist so alt wie der Mensch auf Erden selbst (Humboldt, 1929). Naturkatastrophen, Kriege, Hunger oder Rituale (wie die regelmäßige Migration der Mayas) drängten meist unfreiwillig zum Verlassen der vertrauten Umgebung. Im 20. Jahrhundert führten die Binnenmigrationen – durch rasante Industrialisierungsveränderungen der Gesellschaft, durch politische Vorgaben, durch Bürgerkriege etc. -, als auch die transnationalen Migrationen – durch Hungersnot und Arbeitslosigkeit, durch globale Kriege, durch Vertreibung und Flucht – zu einer bisher in ihrem Ausmaß nicht gekannten Entwurzelung von Menschen. Nach Schätzungen des UN-Flüchtlingskommissars sind weltweit 100 Millionen Menschen auf der Flucht; es gibt etwa 500 Millionen Aus- und Einwanderer, Fremdarbeiter, Deportierte, sog. Displaced Persons, Vertriebene und Asylsuchende, Über- und Aussiedler. Neben dem Leiden vieler Menschen, die ihre Heimat verlassen (müssen) besteht die Problematik der Reaktion der Empfangsländer – meist die reiche sog. Erste Welt gemeint - die sich bisweilen zugegebenermaßen überfordert fühlt und abwechselnd mit Philanthropie, permissiver Haltung, Integration, Assimilation oder Ausgrenzung und Ausstoßung reagiert. Begünstigt durch die Gesetzgebung demokratischer Regierungen werden die Länder der Ersten Welt multikulturell, spätestens ab der zweiten Generation von Migranten.

Die psychosozialen Folgen von Migration haben in den letzten 30 Jahren die Aufmerksamkeit der Psychiatrie auf sich gezogen. Innerhalb des Forschungsbereiches „Transkulturelle Psychiatrie“ hat die sog. Migrationspsychiatrie eine zunehmende Bedeutung gewonnen.

Der Begriff „transkulturelle Psychiatrie“ wird meist als synonym zu „Ethnopsychiatrie“, „Migrationspsychiatrie“ und „Vergleichende Psychiatrie“ verwendet und wird als Oberbegriff für vielfältige, miteinander verwandte Bereiche eingesetzt. Die Committees of the American and Canadian Psychiatric Associations unterscheiden folgende Bereiche (1969):

1. Ähnlichkeiten und Unterschiede der Phänomenologie und Verlauf von psychiatrischen Krankheiten in den unterschiedlichen Gesellschaften und Kulturkreisen.
2. Das Auftreten, die Inzidenz und die Verteilung psychischer Störungen oder sozialer Eigenschaften in Zusammenhang mit soziokulturellen Faktoren.
3. Die psychische Gesundheit, die Zunahme der Vulnerabilität oder das Aufrechterhalten von behinderungsfördernden soziokulturellen Faktoren.
4. Behandlungsarten und andererseits Umgang mit Menschen, die als norm - abweichend betrachtet werden.
5. Einfluss soziokultureller Faktoren in der Beurteilung psychiatrischer Behandlungsmaßnahmen und Anpassung etablierter psychiatrischer Prinzipien an veränderte soziokulturelle Kontexte.
6. Beziehung zwischen Kultur und Persönlichkeit, ausgehend von den durch die Mitglieder eines selben Kulturkreises geteilten Verhaltensmuster als Ausdruck des Einflusses ähnlicher Erziehungsmuster sowie positiver und negativer sozialer Verstärker.

7. Das Konfliktverständnis bei Menschen, die raschen sozialen und kulturellen Veränderungen ausgesetzt sind.
8. Divergierende Haltungen und Überzeugungen gegenüber Verhaltensabweichungen und psychischer Krankheit.
9. Psychologische und soziale Anpassungsprozesse von Migranten sowohl innerhalb der Grenzen des eigenen Landes als auch über die Landesgrenzen hinaus, besonders wenn die kulturellen Charakteristika der Ausgewanderten oder diejenigen des Empfangslandes prozessrelevant werden.
10. Psychiatrische und Verhaltensaspekte der Kommunikation zwischen Einzelpersonen und Menschengruppen aus unterschiedlichen Regionen.
11. Differentialantworten auf belastende Situationen aufgrund der kulturellen Unterschiede.
12. Kulturelle und soziopolitische Determinanten der Interaktion zwischen konkreten Ländern.

Zubin und Kietzmann folgend, beschreibt Sartorius (1978) fünf methodische Wege zur Erfassung von relevanten transkulturellen Informationen: (a) Methoden beruhend auf direkte Beobachtung und Untersuchung des Patienten; (b) Methoden basierend auf Untersuchung bestimmter Leistungen durch Fragebögen und Tests; (c) Methoden, die indirekte Informationen verwenden, z.B. durch Bezugspersonen, Sozialarbeiter etc.; (d) Methoden basierend auf Informationsaufnahmen in Krankenhäusern, Gerichten, Schulen und anderen Institutionen; (e) Methoden basierend auf psychophysiologischer Messungen. Alle diese Gesichtspunkte betreffen in besonderer Weise auch die Migrationspsychiatrie.

2.2. Literaturübersicht

2.2.1 Internationaler Überblick

Geschichtlich betrachtet, sind im 20. Jahrhundert die Arbeiten von Kraepelin „Vergleichende Psychiatrie“ (1904) und „Über Entwurzelung“ (1921) als bahnbrechend zu betrachten. In der ersten Periode der transkulturellen Psychiatrie lag der Schwerpunkt der Forschung auf der Untersuchung von Inzidenz und Prävalenz, später wurden ätiologische Überlegungen einbezogen. Im wesentlichen wurden zwei Hypothesen diskutiert: Die Selektionshypothese geht davon aus, dass psychisch kranke Menschen oder Menschen mit einer hohen Vulnerabilität für psychische Krankheiten dazu neigen würden zu emigrieren aus der Dynamik der Störung heraus. Die Hypothese vom soziokulturellen Stress durch die Migration postuliert, dass der Migrationsprozess sich als krankmachend oder zumindest krankheitsauslösend auswirkt, so dass die psychische Störung als Folge der Migrationsumstände gesehen werden kann (Böcker, 1975).

Bereits Anfang des 20. Jahrhunderts wiesen einige Untersuchungen auf migrationspsychiatrische Zusammenhänge hin (Salmon, 1907). Oedegard untersuchte besonders epidemiologische Aspekte der europäischen Auswanderung nach Amerika (1932, 1972). Die umfangreichen Migrationsbewegungen in die Vereinigten Staaten von Amerika zwangen dort zu einer intensiveren Forschung im Bereich der Migrationspsychiatrie als es in Europa der Fall war (Malzberg, 1956; Okpaku, 1998).

Aus den zahlreichen Übersichtsartikeln der Folgezeit möchten wir die Arbeiten von Tyhurst (1954), Krupinski (1967), Lazarus et al. (1963), Murphy (1977), London (1986), Flaskerud et al. (1992), Hertz (1988) sowie auf die ausführlichen

Werke von Devereux (1974), Murphy (1982), Rack (1982) und Westermeyer (1989) hinweisen.

Aus klinischer Sicht nehmen die psychotischen Erkrankungen eine besondere Stellung ein; in diesem Bereich sind erwähnenswert die Übersichtsarbeiten von Littlewood et al. (1981), Cochrane et al. (1987), Susser et al. (1995) und Eagles (1991) unter vielen anderen.

Abgesehen vom angelsächsischen Raum überragen in der migrationspsychiatrischen Forschung Länder, die mit den gesundheitspolitischen Problemen der Migration stärker konfrontiert werden. Hierzu erwähnen wir einige wichtigere Arbeiten der letzten Jahre für Israel (Ponizovsky et al., 1998; Ritsner et al., 1998; Ritsner et al., 1997; Ponizovsky et al., 1997; Rosca et al., 1996; Zilber et al., 1996); aus Canada (Rousseau et al., 1998; Pawlink et al., 1996; Roberts et al., 1995); aus den skandinavischen Ländern (Mortensen et al., 1997; Ekblad, 1997; Gillberg et al., 1996; Gillberg et al., 1995); aus der Schweiz (Yilmaz, 1997; Yilmaz et al., 1996); Australien (Silove et al., 1998; McKelvey et al., 1996; Pernice et al., 1996; Thompson et al., 1995; Pernice et al., 1994; Sinnerbrink et al., 1997); aus Holland (Bengi Arslan et al., 1997; van de Wijngaart, 1997) und aus Indien (Kulhara, 1994; Foyle et al., 1998).

Es ist bei der Durchsicht der internationalen Literatur zusammenfassend festzustellen, dass aktuell neben kulturanthropologischen Fragestellungen der Trend besteht, repräsentativere Felduntersuchungen konkreter Menschengruppen unter definierten Migrationsbedingungen durchzuführen und den Schwerpunkt auf die Versorgungsstrukturen zu legen.

2.2.2. Migrationspsychiatrische Untersuchungen in Deutschland

In Deutschland erscheinen Anfang der 70er Jahre des abgelaufenen Jahrhunderts die ersten migrationspsychiatrischen Untersuchungen, die sich mit den psychischen Störungen von eingewanderten Gastarbeitern nach dem sog. „deutschen Wirtschaftswunder“ befassen. Es handelt sich meistens um Bestandsaufnahmen stationär psychiatrisch behandelter Migranten oder um epidemiologische Arbeiten sehr unterschiedlichen Anspruchs. Wir erwähnen exemplarisch die Arbeiten von Friessem (1974), Benkert et al. (1974), v. Cranach (1976), Häfner et al. (1977) und Häfner (1980). In den folgenden Jahren erscheinen weitere Arbeiten ähnlicher Prägung wie diejenigen von Wegener (1982), Lazaridis (1987), Holzmann et al. (1994), Priebe et al. (1990, 1993 a, 1993 b). Auch in der ehemaligen DDR wurde die Migrationspsychiatrie zu einem forschungsrelevanten Thema (Postrach, 1989). Es erscheinen in dieser Zeitspanne Arbeiten, die sich mit speziellen Bereichen befassen wie der Sozialpädiatrie (Malhotra, 1989), der akuten paranoiden Reaktionen (Böcker et al., 1977), der Suchterkrankungen (Brakhoff et al., 1982; Lazaridis, 1988; Salman et al., 1999; Haasen et al., 2001), der Ich-Psychologie (Kürsat-Ahlers, 1993; Scharfetter, 1997), der sog. Entwurzelungsdepressionen (Pöck, 1967), der interkulturellen Begutachtung (Collatz et al., 1998; Collatz et al., 1999), den psychosomatischen Störungen (Pflanz et al., 1967), der Altersversorgung (Niedersächsisches Sozialministerium, 1989), dem Aspekt des „Heimwehs“ (Frigessi et al., 1986) und den Persönlichkeitsstörungen (Callies und Machleidt, 2003) unter anderen.

Versorgungsfragen und die therapeutische Interaktion mit psychisch kranken Ausländern geraten immer mehr in den Vordergrund wie Arbeiten von Binder et al. (1978) und verschiedene Beiträge von Zeiler (1993, 1994) verdeutlichen. Erwähnenswerte Untersuchungen der letzten Jahre in deutschsprachigen Fachzeitschriften sind: Hummel (1992), Bauer (1996), Priebe et al. (1994), Bauer et al. (1994), Schier (1992), Kohle-Meyer (1994), Fresser-Kuby et al. (2002).

Eine Reihe von Büchern bzw. Buchkapiteln wurden Ausgangspunkt für Diskussionen, Anreiz zur Forschung und dienten als Übersicht über den Stand der Untersuchungen. Darunter überragen die Arbeiten „Transkulturelle Psychiatrie“ von Pfeiffer (1971), „Psychiatrie und Klassengesellschaft“ von Wulff (1972), „Psychiatrie der Gastarbeiter“ von Böcker (1975), das von Pfeiffer und Schöne herausgegebene Buch „Psychopathologie im Kulturvergleich“ (1980), die von Morten herausgegebenen sozialkritischen Werke „Hören Sie Stimmen? – Ja, ich höre gut“ (1987) und „Vom heimatlosen Seelenleben“ (1986).

In den 90er Jahren haben sich die Beiträge zur Migrationspsychiatrie vervielfacht und in der Thematik zunehmend differenziert. Neben einzelnen Monographien wie z.B. der Zeitschrift „Psychosozial“ (Siefen et al., 1996) sind bedeutende Schriftreihen entstanden, darunter „Probleme der Zuwanderung“, herausgegeben von Croply et al. (1992, 1994); „Deutsch-türkische Perspektiven“, herausgegeben von Koch et al. (1995, 1998); „Das transkulturelle Forum“, herausgegeben von Heise und Schuler mit inzwischen 7 Bänden seit 1993; sowie das „Forum Migration, Gesundheit und Integration“ (Collatz et al., 1999).

Schließlich soll auf die Arbeiten im Bereich der Migrationspsychiatrie von Seiten zweier Arbeitsgruppen hingewiesen werden: Das Wissenschaftliche Institut der Ärzte Deutschlands mit der Herausgabe des Bandes „Migration and Health“ (1994) anlässlich des 1. Internationalen Symposiums der WIAD, sowie das Referat Transkulturelle Psychiatrie der DGPPN mit seinen regelmäßigen Symposien. Die Zeitschrift „Curare“, herausgegeben von der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin e.V., avancierte zu einem Forum für Forschungsergebnisse auf dem gesamten Gebiet der transkulturellen Medizin im deutschsprachigen Raum.

2.2.3. Untersuchungen zu psychischen Störungen spanischer Arbeitnehmer in Deutschland

Im Rahmen des raschen Wiederaufbaus und der darauffolgenden wirtschaftlichen Expansion nach dem II. Weltkrieg, kam es insbesondere in Mitteleuropa zu einer großen Nachfrage nach Arbeitskräften. In den 50er bis 70er Jahren wanderten vor allem Arbeitnehmer aus dem Mittelmeerraum in wirtschaftlich stärkere Länder aus. So wanderten meist unqualifizierte und im eigenen Land durch ärztliche Musterungen ausgewählte spanische Arbeitnehmer nach Deutschland, vorwiegend junge unverheiratete Männer oder aber verheiratete, die ihre Familien zunächst in ihrem Herkunftsland hinterließen. Weitere wichtige Auswanderungsländer in Europa waren für Spanier die Schweiz, Frankreich und Belgien (Grinberg,1986; Moro,1994,1998).

Eine der ersten migrationspsychiatrischen Untersuchungen über Spanier wurde in der Schweiz bereits in den 60er Jahren durchgeführt (Burner und Zaragoza, 1965). Diese Autoren stellten fest, dass mehr als die Hälfte ihrer 76 in einer psychiatrischen Klinik bzw. Poliklinik zur Behandlung gelangten spanischen Patienten vor Ablauf des ersten Jahres ihres Aufenthaltes in der Schweiz den Arzt aufsuchten. Sie stellten fest, dass das Erleben von Entwertung durch das Hinnehmenmüssen einer weniger spezialisierten Arbeit als in der Heimat die Auslösung von psychischen Störungen begünstigen könnte. Sie fanden seelische Konflikte vor allem bei spanischen Gastarbeitern, die von ihren Landsleuten getrennt lebten und keine Kontaktmöglichkeit mit anderen Spaniern hatten. Bei 31 % diagnostizierten die Autoren akute (polymorphe) psychotische Episoden. Weitere Arbeiten dieser Pionierzeit sind diejenigen von Delgado(1966) sowie Goas und Asin (1967).

Eine weitere Untersuchung aus der Schweiz (Mascarell et al., 1972) zeigt bei italienischen und spanischen Gastarbeitern in Lausanne, dass sie signifikant häufiger sogenannte reaktive Störungen (60 %) als eine Vergleichsgruppe Schweizer (23 %) boten und zwar unabhängig des Ausbildungsgrades. Eine weitere Arbeit der 60er Jahre (Pflanz et al., 1967) zeigt, dass Griechen und Spanier seltener unter gastrointestinalen Störungen leiden würden als Einwanderer anderer Nationalitäten.

Bei einer in der Städtischen Nervenlinik Stuttgart durchgeführten psychiatrischen Untersuchung von Gastarbeitern in den Jahren 1963 bis 1970 (Friessem, 1972) fand der Autor im Vergleich eine höhere Schizophrenierate bei Spaniern, niedrigere Alkoholismusrate bei Türken und Griechen (am höchsten bei Jugoslawen) und eine relativ hohe Anzahl an psychosomatischen, neurotischen und abnorm-reaktiven Symptome bei Türken.

In einer in Düsseldorf durchgeführten migrationspsychiatrischen Untersuchung (Benkert et al., 1974) lagen die Spanier mit Abstand an der Spitze hinsichtlich sog. „psychiatrischer Prädisposition“ (72,7 %). Ein Überwiegen von Schizophrenie wurde bei Griechen, Italienern und Spaniern festgestellt.

In einer niedersächsischen epidemiologischen Untersuchung (Lazaridis, 1987) machte die spanische Patientenpopulation 10,4 % der Gesamtaufnahmen ausländischer Patienten aus; ausgehend von einer Risikopopulation von 5612 Bürgern wurde eine Inzidenz für psychische Störungen von 9,8 pro 1000 Einwohner errechnet. Im Nationalitätenvergleich zeigten in dieser Studie die Spanier zusammen mit den Griechen die höchste Inzidenz für Schizophrenie (2,5), die niedrigste für affektive Psychosen (0,4) und die zweitniedrigste für nichtpsychotische Erkrankungen (3,4), ausgenommen Suchterkrankungen.

In einer interkulturellen Vergleichsstudie mit drei parallelisierten Gruppen (Deutsche in der BRD, Spanier in Spanien und Spanier der ersten Generation in

Deutschland) wurden kulturelle Unterschiede hinsichtlich Informationsquelle und Einstellungen zu Krebs und Herzinfarkt untersucht (Bermejo et al., 1994). Die Ergebnisse zeigen signifikante Differenzen zwischen Spaniern und Deutschen hinsichtlich der Informationsquellen und Einstellungen zu beiden Erkrankungen: Spanier geben dabei eher externale Attributionsmuster an, halten die Behandlung für wirksamer und die Erkrankungen für besser vorbeugbar. In der Arbeit mit spezifischen Gruppen sind erwähnenswert die soziologischen Arbeiten über spanische Migrantinnen von D. Escrivá (1988) und der preisgekrönten E. Gutiérrez-Rodríguez (Strom von Eiseskälte, 1999), sowie die soziologische Übersichtsarbeit von Velozo (1987).

Im psychoanalytischen Bereich möchten wir noch die Untersuchung der nach Spanien zurückgereisten Frauen (Zeul, 1993) im Rahmen der Tätigkeit der Rückkehrorganisation APOYAR mit Sitz in Madrid erwähnen. Die Autorin geht davon aus, dass ein spezifisch weibliches Über-Ich, das seine Wurzeln in der frühesten Mutter-Tochter-Interaktion und in frühen Körpererfahrungen hat, eine gute Verarbeitung von Emigration und Remigration sabotiere.

Spezifische Untersuchungen zur Versorgung psychisch kranker Spanier wurden im Zusammenhang mit der vorliegenden Arbeit durchgeführt, vorwiegend aus einer sozialpsychiatrischen Perspektive (Valdes-Stauber, 1992; Valdes-Stauber et al, 2000).

Abschließend möchten wir auf die intensive Tätigkeit der Sozialdienste des Deutschen Caritas-Verbandes – und hier insbesondere des Spanischen Referats – sowie auf ihre detaillierten und aufschlussreichen Publikationen hinweisen: Die 10-jährigen Umfragen (1979, 1989, 1997), die Bundesfachtagungen (z.B. 1984, 1994), die mehrfach jährlich erscheinenden Mitteilungsberichte (z.B. 1994) und schließlich Publikationen von Monographien (z.B. Aguirre, 1986).

Diese psychosozialen Standortbestimmungen bieten einen Rahmen zum besseren Verständnis der Bedeutung psychischer Erkrankungen unter spanischen Migranten in Deutschland. Allerdings ist die Datenlage z.T. inkonsistent und nicht repräsentativ auf Grund der zahlreichen Bias (unterschiedliche Zeitpunkte der Untersuchungen, Selektion durch Krankenhaus und Wohnorte, unzuverlässige Bewertung epidemiologischer Befunde, unterschiedlich verwendete psychiatrische Begriffe, etc.) Es fehlt eine Ausarbeitung der Zusammenhänge zwischen Charakteristika der spanischen Migration nach Deutschland und dem Erkranken in psychiatrischer Sicht in der Fremde, ohne in voreilige Voreinnahmen bzw. Spekulation zu verfallen.

2.3. Phasen der Auswanderung spanischer Arbeitnehmer nach Deutschland

Nach dem spanischen Bürgerkrieg (1936-1939) wanderte eine nicht unbedeutende Gruppe von politischen Dissidenten, viele davon Akademiker sowohl nach Lateinamerika als auch in andere europäische Länder, insbesondere nach Frankreich, aus. Die erste größere Migrationswelle von arbeitssuchenden Spaniern nach Deutschland begann aber Anfang der 60er Jahre nach jeweiligen Abkommen mit der spanischen Gesundheitsbehörde (Abkommen über die Auswanderung von 1959 bzw. 1960). Entsprechend dieser Abkommen konnten Verträge mit spanischen Arbeitnehmern geschlossen werden. Allerdings mussten sich die Auswanderungskandidaten einer Musterung durch deutsche Fachkräfte in Spanien unterziehen, und somit wurde eine Auswahl getroffen. Weitere Zuwanderungsländer für spanische Arbeitnehmer waren zu jener Zeit Frankreich, die Schweiz und Belgien, also vorwiegend Französisch sprechende Länder. Es handelte sich um die sogenannte dritte Migrationswelle Spaniens im 20. Jahrhundert, wobei die zwei ersten vorwiegend mittel- und südamerikanische Länder als Ziel hatten. Von 1961 bis 1967 wanderten die Arbeitssuchenden – meist Männer – alleine aus; von 1968 bis 1974 fand die Zusammenführung der

Familien statt, eine Zeitspanne, in welcher ausländische Arbeitnehmer mehr Rechte bekamen. Der Höhepunkt der spanischen Auswanderungswelle nach Deutschland war das Jahr 1964; ein zweiter Gipfel ist Anfang der 70er Jahre zu verzeichnen. Ab 1974 war mit der Entscheidung Deutschlands infolge der weltweiten wirtschaftlichen Krise, keine neuen Verträge Bürgern aus Nicht-EG-Ländern zu vergeben, die Zahl an spanischen Einwanderern deutlich rückläufig. Auch wegen des wirtschaftlichen Aufschwunges im demokratischen Spanien ging die Zahl der Arbeitssuchenden in Deutschland in den späteren Jahren drastisch zurück, gekoppelt mit einer vermehrten Rückkehr in das Herkunftsland. Die Auswanderung spanischer Bürger nach Deutschland erfolgte in den letzten 15 Jahren meist aus Gründen der Familienzusammenführung, aber insgesamt war die Motivation für die Auswanderung breit gefächerter als in den ersten 15 Jahren der Auswanderungswelle. Auffälligerweise ging die Zahl der Arbeitssuchenden rasch zurück, gerade ab dem Jahr 1985, in welchem Spanien als vollwertiges Mitglied in die EU aufgenommen wurde. Die Auswanderung von Arbeitssuchenden bedeutete für Spanien bis dahin eine Reduktionsmöglichkeit der Arbeitslosigkeit, eine Chance für berufliche Qualifizierung von Bürgern sowie eine wichtige Quelle der Deviseneinnahme zur Stabilisierung seines Haushaltes.

2.4. Soziodemographische Angaben zur spanischen Auswanderung nach Deutschland

Zum 31.12.1997 lebten laut Statistischem Bundesamt 131.636 Spanier in Deutschland. Bezogen auf die 7.619.800 Ausländer zum damaligen Zeitpunkt beträgt der Anteil an Spaniern unter den Ausländern 1,7 %, weit hinter dem Anteil von 15,5 % im Jahre 1965, damals an der Spitze der Zuwanderungsländer zusammen mit Griechenland; heute befindet sich die spanische Bevölkerung nicht mehr unter den 10 ersten hinsichtlich ihrer Anzahl. Nordrhein-Westfalen und Hessen beherbergen über die Hälfte der Spanier in Deutschland, während

Remscheid und Osnabrück den höchsten Anteil an Spaniern unter den dort lebenden Ausländern aufweisen, in absoluten Zahlen jedoch Frankfurt, Hannover, Düsseldorf, Köln und München in der angegebenen Reihenfolge.

Die Mehrzahl der spanischen Auswanderer nach Deutschland stammte aus ärmeren Regionen wie Andalusien, Galizien, Extremadura und Kastilien.

Die Entwicklung der Alterspyramide zeigt einen deutlichen Trend von einer Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter zu einer ansässigen Bevölkerung. Mitte der 90er Jahre waren 30 % der in Deutschland lebenden Spanier auch in Deutschland geboren. Allerdings handelt es sich um eine sehr aktive zweite bzw. dritte Generation, denn die Spanier bilden die höchst vertretene Ausländergruppe unter den Absolventen der Mittleren Reife mit doppelt so viel wie der Durchschnitt aller Ausländer in Deutschland (Deutscher Caritasverband, 1998).

Seit 1972 erfährt die Zahl spanischer Arbeitnehmer einen konstanten Rückgang, während die spanische Gesamtbevölkerung in Deutschland relativ konstant bleibt, trotz anhaltender Rückkehr ehemaliger spanischer Migranten in das Heimatland. Dies beruht auf der Tatsache, dass bis zu den 90er Jahren immer mehr Familien zusammengeführt wurden, dass die zweite Generation im Gastland verbleibt und dass viele Rentner der ersten Generation sich doch für einen Lebensabend mit Mittelpunkt in Deutschland entscheiden. Unter den Rückkehrern machten es 1990 die Hälfte noch im erwerbsfähigen Alter. Von 1987 bis 1992 erhöhte sich um 90 % die Zahl der Spanier, die eine deutsche Rente erhielten (50.451 gegenüber 26.500); bei knapp über der Hälfte handelte es sich um die Altersrente, bei 23,6 % um eine Erwerbsunfähigkeitsrente und bei 22 % um eine Witwenrente.

Während 1973 der Anteil der in Deutschland lebenden Spanier im erwerbsfähigen Alter 84,3 % betrug, lag dieser Anteil 1993 bei 59 %. Bezogen auf Branchen, arbeiteten 1973 in der Industrie 73 %, in der Baubranche 7,7 % und im Dienstleistungsgewerbe 18,6 % der Arbeitnehmer, während 1993 die Verteilung

jeweils 49,8 %, 5,3 % und 43,4 % betrug mit einer deutlichen Verschiebung zugunsten der Dienstleistungsbetrieben.

Spanien reguliert gesetzlich seit dem 29.01.1998 die Hilfen zur Rückkehr aus der Auswanderung in Ergänzung zu den Bestimmungen vom 07.05.1985 und vom 20.06.1994. Das spanische Arbeits- und Sozialministerium veröffentlichte einen „Wegweiser zur Rückkehr“ (1998). Inzwischen ist Spanien zugegebenermaßen selbst ein Einwanderungsland geworden für Menschen, die wegen größter Nöten auf der Suche nach Arbeit oder wegen der Notwendigkeit des reinen Überlebens ihre Heimat verlassen und dabei oft gerade vor der Küste Spaniens, das sie illegal aus Nordafrika erreichen wollen, erschöpft ertrinken. Die spanischen Einwanderer rekrutieren sich vorwiegend aus Nord- und Schwarzafrika, Südamerika und Osteuropa, wobei das Problem der sog. Illegalität des Aufenthaltes (gens sans papiers) in Spanien häufig im Mittelpunkt steht. Spanien steht nun dieser in wenigen Jahren vollzogenen Wende etwas rat- und hilflos gegenüber. Die psychiatrische Versorgung hat sich der Herausforderung einer adäquaten Versorgung dieser Immigrantengruppen gestellt und seit dem Jahr 2000 besteht in Barcelona ein psychiatrisches Modellprojekt – SAPPIR (Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados) – zur spezifischen migrationspsychiatrischen Versorgung Einwanderer und Asylsuchender (El País, 2000).

2.5. Auswertung der Ergebnisse der Arbeitsstatistik des Caritas-Verbandes für ausländische Arbeitnehmer

In Rahmen der Bemühungen um die sog. „Gastarbeiter“ wurden in den 60er und 70er Jahre die Wohlfahrtsverbände aufgefordert spezielle soziale Dienste für die einzelnen nationalen Einwanderergruppen aufzubauen. Der Caritasverband bekam die Betreuung der spanischen und italienischen „Gastarbeiter“

zugewiesen. Es wurden bundesweit regionale Sozialdienste für Spanier aufgebaut.

Eine Erhebung des Caritasverbandes ergab, dass im Jahre 1997 81.000 Ratsuchende diese Dienste aufsuchten (Caritasverband, 1998).

Die Untersuchung erfasste Beratungsstellen für Spanier in 14 Diözesen, wobei Osnabrück und Hildesheim die höchsten Anteile für Spanier unter den Ausländern aufwiesen. Spanische Ratsuchende machten 8,3 % der Gesamtzahl weit hinter Italien (35,9 %) und dem ehemaligen Jugoslawien (32,2 %) aus. Spanische Ratsuchende, von denen 82,4 % eine Aufenthaltsdauer von mehr als 20 Jahren aufwiesen, entsprechen am deutlichsten den Charakteristika der ersten Generation von Arbeitsmigranten. Mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 25,9 Jahren weisen sie den höchsten Wert aller Nationalitäten auf. Die geringste Diskrepanz in der Geschlechterrelation weisen spanische Ratsuchende auf, von welchen insgesamt 42,4 % weiblich sind. Bei Spaniern und Italienern ist die Rate von Verheirateten am niedrigsten. Wiederum sind Bürger dieser Herkunftsländer am häufigsten eine binationale Ehe eingegangen.

Unter den Ratsuchenden weisen Spanier die höchste Rate an Rentnern (27,2 %) und die niedrigste an Arbeitslosen (19,6 %) auf.

Erkrankungen und Folgeerscheinungen von Krankheiten sind die dritthäufigste Problemlage aller ausländischen Ratsuchenden, ohne dass sich große Unterschiede unter den verschiedenen Staatsangehörigkeiten aufzeigen ließen. Unter den Spaniern überwog der Problembereich der Rentenversicherung mit 41,9 %. Die Spanier weisen die geringste Rate an Schwierigkeiten im Problembereich „Aufenthalt“ (9,3 %) auf.

Im Vergleich der Nationalitäten ist unter spanischen Ratsuchenden – Männern wie Frauen – die deutlich größte Nachfrage im Bereich von Ehe- bzw.

Partnerschaftsproblemen, während dieser Problembereich unter bosnischen Ratsuchenden die relativ geringste Bedeutung hatte. Für spanische Ratsuchende ist eine überdurchschnittlich hohe (6,6 % gegenüber 4,5 % im Durchschnitt) Rate an Beratungskontakten pro Person zu verzeichnen. Bezüglich der Zusammenarbeit mit Einrichtungen, Beratungsstellen und professionellen Personen für den Bereich der medizinischen Versorgung liegt bei den Spaniern der größte Anteil (8,5 %), gefolgt von den Portugiesen.

Wegen des großen Anteils an älteren Ratsuchenden ist bei Spaniern die Nachfrage im Bereich der Rentenversicherung, der Kranken- und Pflegeversicherung wie auch wegen Gesundheitsproblemen überproportional groß.

Unter den soziokulturellen Gruppenaktivitäten lag der Anteil der Spanier bei der schulischen bzw. beruflichen Ausbildung am niedrigsten (1,5 % der Ratsuchenden), während bei der angebotenen sozialen Gruppenarbeit die Spanier am höchsten rangierten (18,1 % der Ratsuchenden).

Das Ratsuchenden-Profil für den Problembereich „Erkrankungen / Folgekrankheiten“ wird in erster Linie vom Merkmal „Alter“ bestimmt. Während die Beratung im Falle portugiesischer und jugoslawischer Ratsuchender von Personen über 60 Jahren am stärksten gesucht wird (mit Anteilen von deutlich über 30 %), fällt bei italienischen, kroatischen, bosnischen und spanischen Ratsuchenden der höchste Anteil auf die Altersgruppe der 51- bis 60-jährigen. Insbesondere kroatische und spanische Ratsuchende gingen aufgrund von gesundheitsbezogenen Fragestellungen in größerem Ausmaß in die Beratungsstellen. Auch die geschlechtsspezifischen Unterschiede divergieren in den jeweiligen Altersgruppen sehr stark: Ein deutlich höherer Beratungsbedarf von Frauen ist insbesondere bei spanischen Ratsuchenden unter 20 Jahren, jugoslawischen Ratsuchenden zwischen 21 und 50 Jahren, spanischen

Ratsuchenden zwischen 51 und 60 Jahren sowie allen weiblichen Ratsuchenden, ausgenommen der Jugoslawischen, im Alter von über 60 Jahren zu verzeichnen.

Zusammenfassend kann anhand dieser umfangreichen Daten schlussfolgert werden, dass spanische Ratsuchende bei den Beratungsstellen des Caritasverbandes sich vorwiegend aus Auswanderern der ersten Generation, die sich bereits seit mehr als 20 Jahren in Deutschland befinden und wegen Renten- und Gesundheitsfragen Hilfe suchen, rekrutiert. Diese Dienste werden im Vergleich zu anderen Nationalitäten von Spaniern häufiger kontaktiert, dabei spielen die Problembereiche Arbeit und Aufenthalt eine untergeordnete Rolle im Vergleich zu anderen Nationalitäten. Das Profil zeigt eine ältere, ansässige Population, die vorwiegend wegen Renten- und Gesundheitsfragen die sozialen Dienste aufsucht. Da es sich um einen stark nach dem „Komm-Prinzip“ orientierten Dienst handelt, findet hier eine Auslese statt, denn die aktivsten und mit größerem Bewusstsein für ihre Situation unter den Migranten suchen am ehesten die Beratungsstellen auf.

3. Fragestellung und Methodik

3.1. Allgemeine Fragestellung

Die vorliegende Studie untersucht das Profil und die Behandlungscharakteristika der im Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren behandelten psychisch kranken spanischen Migranten anhand einer Stichprobe von 100 konsekutiv aufgenommenen Patienten im Rahmen eines Projektes zur kulturspezifischen Behandlung und Betreuung von sog. „Gastarbeitern“, die unter behandlungsbedürftigen psychischen Störungen leiden. Die Studie ist retrospektiv, hat vorwiegend Erkundungscharakter und ist deskriptiv angelegt.

Anhand dieser Stichprobe verfolgt die vorliegende Arbeit in erster Linie die psychiatrische Charakterisierung der vom Versorgungsprojekt erreichten spanischen Patienten. Ferner wird versucht, Differentialcharakteristika zu den sonstigen im Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren aufgenommenen Patienten hervorzuheben. Die Ergebnisse bezogen auf Merkmale des Krankheitsprozesses, auf soziale Variablen sowie auf Zusammenhänge zwischen Migration und psychischer Krankheit werden aus einer transkulturellen Perspektive diskutiert.

3.2. Beschreibung des Behandlungsprojektes für psychiatrisch behandlungsbedürftige Spanier im Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren

Das im Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren bestehende Projekt der kulturspezifischen Behandlung von Spanisch sprechenden Menschen mit psychischen Störungen hat eine lange Vorgeschichte.

Im Jahr 1977 begann eine enge Zusammenarbeit zwischen dem Sozialdienst für Spanier der Stadt München und der psychiatrischen Poliklinik der LMU München. Zunehmend wurden Patienten aus ganz Bayern, für die es lokal keine adäquate Behandlungsmöglichkeit gab, dorthin überwiesen; dazu kam es zu regelmäßigen Fortbildungen und Supervision der Mitarbeiter der bayerischen Sozialdienste für Spanier.

Als der Leiter der Poliklinik die Leitung des Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren 1980 übernahm, übersiedelte das Projekt nach Kaufbeuren und wurde hier allmählich institutionalisiert.

Die Zahl der ambulant sowie stationär überwiesenen Patienten stieg, ebenso die Kontakte zu den Diensten. Im Jahr 1987 fand für die Sozialdienste der ganzen BRD, die sich mit der Betreuung spanischer Einwanderer befassten, eine Tagung mit ca. 80 Teilnehmern, statt; dabei wurden transkulturelle psychiatrische Fragen theoretisch und praktisch behandelt. Seit jener Zeit erfolgten fast jährlich Seminare in verschiedenen Bundesländern (Valdes-Stauber et al., 2000).

Leitgedanke des Projektes war, dass diejenigen Patienten nach Kaufbeuren überwiesen werden sollten, für die es vor Ort keine adäquate Behandlungsmöglichkeit zur Verfügung stünde und nach Meinung des betreuenden Sozialdienstmitarbeiters eine sprach- und kulturspezifische Behandlung erfolgversprechend erscheinen würde. Das Projekt für die psychiatrische Versorgung von Spaniern und Spanisch sprechenden Immigranten in Deutschland umfasst folgende Aufgaben:

1. Seminare vorwiegend für Sozialarbeiter der Ausländerberatungsstellen des Caritasverbandes zur Vermittlung von speziellen psychiatrischen Kenntnissen und Fertigkeiten in der Versorgung von Immigranten mit Muttersprache Spanisch.
2. Stationäre psychiatrische Behandlung für diese Patientengruppe aus der gesamten Bundesrepublik, wenn der zuständige Sozialdienst für Spanier keine (ausreichende) örtliche Behandlungsmöglichkeit finden konnte.
3. Ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische und psychosoziale Behandlung, sowohl im Sinne einer Nachsorge als auch einer reinen ambulanten Behandlung.
4. Beratende Konsiliartätigkeit für Hausärzte, Allgemeinkrankenhäuser und auch für andere psychiatrische Abteilungen, die sich in Behandlungsfragen bei Spanisch sprechenden Patienten überfordert fühlen.
5. Breite gutachterliche Tätigkeit für Rentenversicherungsträger, Krankenkassen, Amtsgerichte, Landgerichte und Sozialgerichte.

6. Beratungstätigkeit für Krankenkassen, Sozialdienste für Spanier, Rentenversicherungsträger und Konsulate.
7. Organisation von erforderlicher Wiedereinbürgerung (erfolgte bei mehreren Spaniern und auch bei einer Südamerikanerin).
8. Psychiatrische Versorgung von durchreisenden Spaniern, die psychisch in Deutschland erkranken.
9. Beantragung von Erwerbsunfähigkeitsrenten (alle Anträge und gutachterlichen Stellungnahmen wurden bisher bewilligt).
10. Bildungs- und Präventionsarbeit für spanische Immigranten in Form von Seminaren und Vorträgen insbesondere für affektive Störungen, Suchterkrankungen und Alterserkrankungen, vorwiegend im süddeutschen Raum.
11. Vermittlungsarbeit zwischen Immigranten mit Muttersprache Spanisch und verschiedenen Ämtern und Institutionen in Deutschland.
12. Wissenschaftliche Begleitung des Projektes.

3.3. Methodik

3.3.1. Beschreibung der Stichprobe

Es handelt sich um eine retrospektive Studie über 100 konsekutiv stationär aufgenommene spanische Patienten zwischen 1988 und 2002 im Rahmen des bereits beschriebenen Behandlungsprojektes.

3.3.2. Untersuchungsinstrumente

Mittels eines selbst entworfenen, strukturierten Erfassungsbogens, bestehend aus insgesamt 71 Items, werden soziokulturelle bzw. soziodemografische, anamnestische sowie Behandlungsdaten erfasst. Die Studie berücksichtigt lediglich diejenigen Items, die bei mindestens 75 % der Stichprobe gesichert beantwortet werden konnten, abgesehen von zwei Ausnahmen: „Dauer des Aufenthaltes in Deutschland vor Ausbruch der Erkrankung“ (insgesamt 62 % Patienten) und „Aufnahmegrund“ (66 % der Patienten), da diese Items besonders relevant für die Studie sind. Die wichtigsten Informationsquellen sind die Aufzeichnungen in den stationären und ambulanten Krankengeschichten.

Um die Aufnahmequote der im Einzugsgebiet des Bezirkskrankenhauses Kaufbeuren lebenden Personen berechnen und mit den restlichen Nationalitäten vergleichen zu können, werden die soziodemografischen Daten zum 31.12.1995 sowie zum 31.12.2001, erstellt vom Bayerischen Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung sowie von krankenhausinternen Daten (Psychiatrische Basisdokumentation), berücksichtigt.

4. Ergebnisse

4.1. Soziodemografische Daten, soziokultureller Hintergrund und psychosoziale Situation

Die *Geschlechtsverteilung* zeigt ein Überwiegen von männlichen Patienten (58 % Männer gegenüber 42 % Frauen), eine etwas auffallende Relation, insbesondere für die Gruppe der affektiven Störungen, in welcher gegenläufig zur üblichen Verteilung deutlich mehr Männer als Frauen aufgenommen worden sind.

Die *Herkunftsregion in Spanien* konnte für 75 % der Stichprobe gesichert eruiert werden. Dabei fällt auf, dass die Hälfte der aufgenommenen Patienten aus den ärmeren Regionen Spaniens stammen, allen voran Andalusien mit 31 % der Stichprobe, gefolgt von Castilla-León mit 16 % und Galizien mit 15 % (s. Tab. 1).

Tabelle 1**Herkunftsregion in Spanien**

Herkunftsregion	Anzahl	Anteil
Andalusien	23	31 %
Castilla-León	12	16 %
Galizien	11	15 %
Katalonien	5	7 %
Castilla-La Mancha	4	5 %
Madrid	4	5 %
Ceuta und Melilla	3	4 %
Aragon	3	4 %
Valencia	3	4 %
Extremadura	2	3 %
Asturien	2	3 %
Kanarische Inseln	1	1 %
Kantabrien	1	1 %
Navarra	1	1 %
Gesamt	75	100 %

Es wurde weiter die Verteilung der Patienten dieser Stichprobe nach dem *Jahr der Auswanderung* nach Deutschland untersucht. Die *Auswanderungsperioden* wurden nach einschneidenden soziodemografischen und politischen Ereignissen unterteilt. So fand die erste größere Migrationswelle von arbeitssuchenden Spaniern nach Deutschland Anfang der 60er Jahre nach jeweiligen Abkommen mit der spanischen Gesundheitsbehörde 1959 bzw. 1960 statt. Von 1968 bis 1974 fand die Zusammenführung der Familien statt, eine Zeitspanne, in welcher ausländische Arbeitnehmer mehr Rechte bekamen. Ab 1974

war mit der Entscheidung Deutschlands, infolge der weltweiten wirtschaftlichen Krise keine neuen Verträge Bürgern aus Nicht-EG-Ländern zu vergeben, die Zahl der Einwanderer rückläufig. Die Auswanderung spanischer Bürger nach Deutschland erfolgte in den letzten zwei Jahrzehnten aus Gründen der Familienzusammenführung; auffälligerweise ging die Zahl der Arbeitssuchenden rasch zurück, gerade ab dem Jahr 1985, in welchem Spanien als vollwertiges Mitglied in die EU aufgenommen wurde.

Die größte Zahl der aufgenommenen Patienten (fast 50 %) wanderten zwischen 1960 und 1967 nach Deutschland aus, während weitere 20 % bis zur Weltwirtschaftskrise von 1974 emigrierten. Immerhin 15 % der Patienten dieser Stichprobe wanderten später als 1985 nach Deutschland aus und 9 % der im Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren stationär behandelten Patienten gehörten der 2. Generation an; diese kleine Gruppe rekrutierte sich hauptsächlich aus Patienten aus dem Einzugsgebiet. Lediglich ein Patient wanderte vor 1960 nach Deutschland aus und tat dies eher aus politischen und nicht aus wirtschaftlichen Gründen. Somit stimmt die Verteilung der aufgenommenen Patienten nach Migrationsjahren mit der Dichte der Migrationswellen überein (s. Tab. 2).

Tabelle 2 **Jahr der Auswanderung**

Jahr	Anzahl	Anteil
vor 1960	1	1 %
1960 – 1967	37	49 %
1968 – 1974	15	20 %
1975 – 1985	4	5 %
nach 1985	11	15 %
2. Generation	7	9 %
Gesamt	75	100 %

Das Behandlungsprojekt begrenzte sich nicht auf das Einzugsgebiet des Bezirkskrankenhauses Kaufbeuren, sondern verstand sich als Angebot für die ganze Bundesrepublik. Erwartungsgemäß kamen die meisten Patienten (71 %) aus Bayern und in absteigender Proportion aus anderen Bundesländern entsprechend der südlichen Hälfte der Bundesrepublik; aufgrund der großen Entfernung erwies sich als nicht lohnend, eine Entfernung von mehr als 400 km in Kauf zu nehmen.

Tabelle 3 **Herkunfts-Bundesland**

Bundesland	Anzahl	Anteil
Bayern	61	71 %
Hessen	12	14 %
Baden-Württemberg	6	7 %
Nordrhein-Westfalen	5	6 %
Rheinland-Pfalz	2	2 %
Gesamt	86	100 %

Insgesamt kamen 80 % der aufgenommenen Patienten von *außerhalb des Einzugsgebietes*; auffallend war, dass besonders Menschen unter einer affektiven Störung leidend von außerhalb des Einzugsgebietes aufgenommen worden sind, meist Patienten mit einer chronifizierten Depression einhergehend mit psychiatrischer und somatischer Komorbidität (s. Tab. 4).

Tabelle 4 Verteilung der Patienten außerhalb des Einzugsgebiets nach Erstdiagnosen

Diagnosen	Anzahl	Anteil innerhalb der Diagnosegruppe
Schizophrene Störungen	15	75 %
Affektive Störungen	29	88 %
Abhängigkeitserkrankungen	18	81 %
Persönlichkeitsstörungen	8	88 %
Neurotische, somatoforme und Belastungsstörungen	10	62 %

4.2. Administrative und medizinisch-psychiatrische Ergebnisse

Es wird zunächst der *Grund für die Aufnahme* im Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren im Rahmen des beschriebenen Projektes untersucht. Bei 66 % der Stichprobe konnte ein Grund klar formuliert werden. So

bestand bei 65 % der Aufnahmen eine deutliche Überforderung des Hilfesystems vor Ort, nicht nur der Angehörigen, sondern auch der Ärzte und der komplementären und sozialen Dienste. Eine soziale Indikation stand im Vordergrund – schwer abgrenzbar von einer medizinischen Überforderung – bei 15 % der Patienten, während rein unmittelbare medizinische Gründe bei 20 % der Patienten vorlagen und hier vor allem bei Patienten aus dem Einzugsgebiet (s. Tab. 5).

Tabelle 5 **Aufnahmegrund**

Aufnahmegrund	Anzahl	Anteil
Überforderung des Hilfesystems vor Ort	43	65 %
Soziale Indikation im Vordergrund	10	15 %
ausschließlich medizinische Gründe	13	20 %
Gesamt	66	100 %

Es wird ferner der Frage nachgegangen, *wer die Aufnahme im Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren anregte* mit dem Ergebnis, dass bei mindestens 65 % der aufgenommenen Patienten der Sozialdienst für Spanier maßgeblich verantwortlich war für die Organisation der Aufnahme im Rahmen des Projektes, was die Zielsetzung erfüllt und die Sinnhaftigkeit der mehrjährig angelegten Ausbildung von Sozialarbeitern unterstreicht (s. Tab. 6).

Tabelle 6**Wer regte die Aufnahme an?**

Anregende Stelle	Anzahl	Anteil
Sozialdienst für Spanier	51	65 %
Konsulat	5	6 %
Ärztliche Initiative	11	14 %
Andere	11	14 %
Gesamt	78	100 %

Um die Krankheitsentwicklung näher beschreiben zu können, wird die *Dauer der psychischen Störung insgesamt* bis zur Erstbehandlung im Rahmen des Projektes untersucht. Bei einer Stichprobe von 79 Patienten ergibt die Dauer der psychischen Störung insgesamt 9,7 Jahre (s. Tab. 7).

Tabelle 7 **Dauer der psychischen Störung(en) insgesamt bis zur Erstbehandlung im Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren**

Dauer der psychischen Störung(en)	Anzahl	Anteil
bis 1 Jahr	12	15 %
1 Jahr bis 5 Jahre	16	20 %
6 bis 10 Jahre	19	24 %
11 bis 20 Jahre	22	28 %
21 bis 30 Jahre	7	9 %
mehr als 30 Jahre	3	4 %
Gesamt	79	100 %

Während 15 % als akute Aufnahmen zu betrachten sind und 13 % der Patienten über 21 Jahre lang psychisch krank waren, konnte festgestellt werden, dass die große Mehrzahl (65 %) über 6 Jahre lang psychisch erkrankt war als Ausdruck davon, dass die Klienten des Behandlungsprojektes sich aus langjährig Erkrankten bzw. aus Menschen mit chronifizierten Störungen rekrutiert.

Mit einem weiteren Parameter wird versucht, den Grad der psychiatrischen Unterversorgung zu eruieren. Dabei wird die *Zeitspanne zwischen dem Beginn der jetzigen Krankheitsepisode und der Aufnahme im Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren* ermittelt (s. Tab. 8).

Tabelle 8

Zeitspanne zwischen Beginn der Krankheitsepisode und Aufnahme im Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren

Zeitspanne	Anzahl	Anteil
bis 2 Wochen	12	16 %
2 Wochen bis 3 Monate	11	14 %
3 Monate bis 1 Jahr	17	22 %
mehr als 1 Jahr	36	47 %
Gesamt	76	100 %

Während lediglich 16 % im Laufe der zwei ersten Erkrankungswochen aufgenommen wurden, sind fast die Hälfte (47 %) bereits länger als ein Jahr krank gewesen, bevor sie in ihrer Muttersprache psychiatrisch im Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren behandelt werden konnten.

Es wird der wichtigen migrationspsychiatrischen Frage nachgegangen, *ob es bereits vor der Migration eine psychische Störung bestanden hatte*. Diese Frage konnte bei 67 % der Stichprobe beantwortet werden: Bei 25 % bestand bereits eine psychische Störung vor der Migration, während bei 75 % der Stichprobe dies nicht der Fall war (s. Tab. 9).

Tabelle 9 **Bestand psychische Störung vor Migration?**

Psychische Störung vor Migration	Anzahl	Anteil
Bestand sicher	19	25 %
Bestand nicht	58	75 %
Gesamt	77	100 %

Aus einer ergänzenden Perspektive wird ein möglicher Zusammenhang zwischen Ausbruch der psychischen Störung und Migration anhand der *Dauer des Aufenthaltes in Deutschland vor Ausbruch der Erkrankung* untersucht. Bei 62 % konnte ein zeitlicher Zusammenhang mit Sicherheit eruiert und dabei festgestellt werden, dass 65 % der Stichprobe vor Ausbruch der Erkrankung bereits über 10 Jahre in Deutschland lebte (s. Tab. 10).

Tabelle 10**Dauer des Aufenthaltes in Deutschland
vor Ausbruch der Erkrankung**

Dauer des Aufenthaltes	Anzahl	Anteil
Bereits vor Auswanderung erkrankt	19	23 %
< 1 Jahr	7	9 %
1 – 2 Jahre	4	5 %
3 – 5 Jahre	6	7 %
6 – 10 Jahre	5	6 %
> 10 Jahre	40	50 %
Gesamt	81	100 %

Obwohl 25 % der Stichprobe vor der Migration bereits psychisch erkrankt war, waren lediglich 12 % der untersuchten Patienten in ihrer Heimat vor der Auswanderung in stationär-psychiatrischer Behandlung gewesen (s. Tab. 11).

Tabelle 11**Stationär-psychiatrische Behandlung in
der Heimat vor Auswanderung?**

stationär in Heimat	Anzahl	Anteil
ja	9	12 %
nein	67	88 %
Gesamt	76	100 %

Eine mögliche *familiäre Belastung* der Patienten wird darüber hinaus untersucht. Gesicherte Angaben zu dieser Frage konnten bei 83 % der Stichprobe eruiert werden. Davon zeigen 30 % eine anamnestisch wahrscheinliche familiäre Belastung bezogen auf schizophrene,

wahnhafte, affektive und klinisch relevante Suchtstörungen bei Angehörigen ersten Grades (s. Tab. 12).

Tabelle 12 **Familiäre Belastung**

Familiäre Belastung	Anzahl	Anteil
Wahrscheinliche Belastung	25	30 %
Fehlen an Belastung (anamnestisch)	58	70 %
Gesamt	83	100 %

4.3 Ergebnisse zur stationären Behandlung, zum Verlauf und zur Weiterbetreuung

Die *Diagnoseverteilung* zeigt ein deutliches Überwiegen affektiver Störungen (33 %) und hier vor allem langanhaltende depressive Episoden im Sinne chronifizierter Depressionen. Die Suchtstörungen rangieren an zweiter Stelle mit 22 % der Stichprobe, dabei handelt es sich meist um schwere, multimorbide Alkoholerkrankungen; 20 % leiden unter schizophrenen oder wahnhaften Störungen, wobei im Falle der anhaltenden wahnhaften Störungen differentialdiagnostisch eine schizophrene Erkrankung in Erwägung gezogen werden muss. Bei 10 % der Patienten aus der Stichprobe lag eine meist chronifizierte und multimorbide Anpassungsstörung vor (s. Tab. 13).

Tabelle 13**Diagnosenverteilung**

Diagnosegruppen	Diagnose	Anzahl	Anteil
F2	Schizophrenie	11	11 %
	anhaltende wahnhafte Störung	7	7 %
	schizoaffektive Störung	2	2 %
Gesamt		20	20 %
F3	depressive Episode	10	10 %
	anhaltende depr. Episode	18	18 %
	bipolare Störung	5	5 %
Gesamt		33	33 %
F 1	Alkoholkrankheit	15	15 %
	Polytoxikomanie	7	7 %
Gesamt		22	22 %
F6	Persönlichkeitsstörungen	9	9 %
F4	Anpassungsstörungen	10	10 %
	Dissoziative Störungen	4	4 %
	Angst- und Zwangsstörungen	2	2 %
Gesamt		16	16 %
Gesamt		100	100 %

Ein Vergleich mit der Diagnosenerfassung der Gesamtstatistik des Bezirkskrankenhauses Kaufbeuren vom Jahr 2001 zeigt auffallende Abweichungen bei der Verteilung der Erstdiagnose: So waren dementielle Syndrome als Erstdiagnose bei der Gruppe der Spanier fehlend, Suchterkrankungen traten in der untersuchten Gruppe nur halb so häufig auf, während affektive und Anpassungsstörungen verhältnismäßig mehr als doppelt so häufig bei der untersuchten Gruppe vertreten waren als in der Gesamtverteilung; schizophrene Störungen kommen in der untersuchten Patientengruppe 6% häufiger als im Krankenhausdurchschnitt vor.

Die *Schwere der Erkrankung* wurde in Anlehnung an drei Merkmale untersucht: Einerseits die körperliche Schwerbehinderung, dann das Vorhandensein einer psychiatrischen Komorbidität sowie das Vorliegen einer relevanten somatischen Diagnose.

Die *körperliche Schwerbehinderung* wurde anhand der im Schwerbehindertengesetz angegebenen Richtwerte (1995) geschätzt. Es wird dabei festgestellt, dass die Hälfte der untersuchten Patienten mit einer Anpassungsstörung oder einer Alkoholkrankheit einen Schwerbehindertengrad von mindestens 50 % aufweisen, sowie 42 % der Menschen mit einer affektiven Störung (s. Tab. 14). Diese Ergebnisse zeigen, dass chronifizierte Anpassungsstörungen und depressive Störungen bei der untersuchten Patientenstichprobe auffallend häufig mit einer körperlichen Behinderung einhergehen.

Tabelle 14 **Schwerbehinderung (GdB > 50 %)**

Diagnosen	Anteil
Schizophrene und wahnhafte Störungen	20 %
Affektive Störungen	42 %
Suchterkrankungen	50 %
Anpassungsstörungen	50 %
Durchschnitt (ponderiert)	36 %

Die Angaben über eine *psychiatrische Komorbidität* fallen eindeutiger aus, denn bei über 50 % der Patienten der jeweiligen Diagnosegruppen eine psychiatrische Komorbidität besteht, und hier insbesondere bei Persönlichkeitsstörungen, Anpassungsstörungen und affektiven Erkrankungen. Insgesamt leidet mehr als die Hälfte (55 %) unter einer psychiatrischen Komorbidität nach ICD 10 (s. Tab. 15).

Tabelle 15 **Psychiatrische Komorbidität nach**
psychiatrischen Erstdiagnosen

Erstdiagnose	Anteil mit Komorbidität
Schizophrene und wahnhafte Störungen	45 %
Affektive Störungen	55 %
Suchterkrankungen	54 %
Persönlichkeitsstörungen	66 %
Anpassungsstörungen	60 %
Gesamt (ponderiert)	55 %

Schließlich wird die Schwere der Erkrankung anhand der *aktuellen somatischen Komorbidität* untersucht. Bei 77 % der Stichprobe lag eine relevante, behandlungsbedürftige somatische Erkrankung vor, hier vor allem bei suchtkranken und bei depressiven Patienten (s. Tab. 16).

Tabelle 16 **Aktuelle somatische Komorbidität**

Diagnose	Anteil
Schizophrenie und wahnhafte Störungen	60 %
Affektive Störungen	82 %
Suchterkrankungen	86 %
Persönlichkeitsstörungen	66 %
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	62 %
Gesamt	77 %

Die *Schwere des Krankheitsverlaufes* wird anhand weiterer zwei Parameter untersucht: Zunächst der Anteil der Patienten stratifiziert nach Diagnosen, bei welchen die psychische Störung bereits über 10 Jahre anhielt und zusätzlich der Anteil der Patienten bei welchen die Aufenthaltsdauer in Deutschland vor Ausbruch der Erkrankung sich auf über 10 Jahre belief.

Dabei wird festgestellt, dass allen voran die Patienten, die an einer Anpassungsstörung oder an einer Suchterkrankung leiden überproportional häufig (über 60 %) eine *Dauer der psychischen Störung von über 10 Jahren* aufweisen. Alle Diagnosegruppen weisen einen Anteil von einem bis zwei Drittel der Patienten mit solch einem langen Krankheitsverlauf als Ausdruck einer erheblichen Chronifizierung auf (s. Tab. 17).

Tabelle 17 **Dauer der psychischen Störung > 10 Jahre**

Diagnose	Anteil
Schizophrenie und wahnhafte Störungen	39 %
Affektive Störungen	37 %
Suchterkrankungen	60 %
Persönlichkeitsstörungen	37 %
Anpassungsstörungen	64 %

In der Migrationspsychiatrie wird häufig der *zeitliche Zusammenhang zwischen Zeitpunkt der Migration und Ausbruch der Erkrankung* untersucht, insbesondere für schizophrene Erkrankungen. In der vorliegenden Untersuchung wird festgestellt, dass abgesehen von Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung oder einer Suchterkrankung, über zwei Drittel der Patienten der Stichprobe mehr als 10 Jahre vor Ausbruch der Erkrankung sich in Deutschland aufhielten. Hier imponiert vor allem, dass bei 67 % der Patienten mit schizophrenen und wahnhaften Störungen sowie bei 82 % der Patienten mit affektiven Störungen der Aufenthalt über 10 Jahre betrug und somit nicht behauptet werden kann, dass die psychische Erkrankung bei den meisten Patienten dieser Stichprobe unmittelbar nach der Migration ausgebrochen war (s. Tab. 18).

Tabelle 18

**Dauer des Aufenthaltes in Deutschland vor
Ausbruch der Erkrankung > 10 Jahre**

Diagnosen	Anteil
Schizophrenie und wahnhafte Störungen	67 %
Affektive Störungen	82 %
Suchterkrankungen	36 %
Persönlichkeitsstörungen	25 %
Anpassungsstörungen	60 %

Die *Krankenhausaufenthaltsdauer* der untersuchten Patienten betrug im Durchschnitt 45 Tage, deutlich über dem Durchschnitt aller Aufnahmen im Krankenhaus, der sich auf ca. 30 Tage belief. Die längeren Krankenhausaufenthalte beruhen vorwiegend auf der somatischen und psychiatrischen Komorbidität sowie auf der Schwere und auf dem Chronifizierungsgrad der psychiatrischen Ersterkrankung. Es imponieren vor allem die langen Krankenhausaufenthalte bei Patienten mit affektiven Störungen (s. Tab. 19).

Tabelle 19 **Aufenthaltsdauer nach Diagnosen**

Diagnosen		Aufenthaltsdauer (in Tagen)
F2	Schizophrenie	41
	Wahnhafte Störungen	60
	Schizoaffektive Psychosen	29
	Durchschnitt	26
F3	Depressive Episoden	105
	Anhaltende depressive Störungen	43
	Bipolare Störungen	33
	Durchschnitt	55
F1	Alkoholkrankheit	45
	Polytoxikomanie	19
	Durchschnitt	38
F6	Persönlichkeitsstörungen	52
F4	Anpassungsstörungen	33
	Dissoziative Störungen	69
	Somatoforme, Angst und	
	Zwangsstörungen	49
	Durchschnitt	44
Durchschnitt		45 Tage

Der größte Anteil der Patienten (84 %) wurde lediglich einmal aufgenommen. Durchschnittlich wurde jeder Patient 1,2-mal aufgenommen, was eine sehr niedrige *Wiederaufnahmerate* aufweist, vor allem deshalb, weil nach diagnostischer Abklärung und Einleitung einer angemessenen Behandlung das Hilfesystem vor Ort ausreichende Kompetenz bei der Versorgung erwies.

Unter den durchgeführten sozialen Maßnahmen ist erwähnenswert, dass bei 13 % der stationär behandelten eine *Rückführung nach Spanien* organisiert worden ist. Der höchste Anteil fällt auf die schizophrenen Patienten zu; diese Diagnosegruppe macht 20 % der Rückführungen aus.

Die Bedeutung der sozialen Interventionen zeigt sich auch darin, dass 20 % der behandelten Patienten auf die Bemühungen im Rahmen des Versorgungsprojektes hin die *Erwerbsunfähigkeitsrente* erhielten und kein einziger Antrag bzw. keine Begutachtung bisher abgelehnt wurde. Es war bei den meisten Patienten der Fall, dass die Schwere der Erkrankung, die diagnostische Einschätzung sowie die Komorbidität in ihrer eigentlichen Tragweite zuvor nicht gesehen worden waren, am ehesten aufgrund von Kommunikationsbarrieren, wie die Diskrepanz zwischen Einweisungs- und Entlassungsdiagnose zeigt.

Schließlich widmet das beschriebene Projekt einer konsequenten *Kontinuität in der Behandlung* große Aufmerksamkeit : So wurden 36 % der stationär behandelten Patienten im Rahmen des Projektes ambulant weiterbetreut, manche im Sinne einer kurzen Nachsorge, andere jedoch über Jahre begleitet und dies unabhängig von der Diagnose, allerdings eingeschränkt für ein Einzugsgebiet von einem Radius um die 200 km.

5. Diskussion der Ergebnisse

In der vorliegenden Studie wird ein Projekt zur psychiatrischen Versorgung spanischer Einwanderer in ihrer Muttersprache unter migrationspsychiatrischen Gesichtspunkten beschrieben und anhand ausgelesener Parameter evaluiert. Hierfür werden die ersten 100 im Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren aufgenommenen spanischen Patienten seit 1988 mittels eines strukturierten Fragebogens und unter Hinzuziehung der Krankengeschichte erfasst.

Aus methodologischer Sicht bietet die Studie Vor- und Nachteile. Vorteilhaft ist die Homogenität der Stichprobe, denn alle erfassten Patienten sind Migranten spanischer Herkunft, die aus wirtschaftlichen Gründen auswanderten und welche an einer stationär behandlungsbedürftigen psychische Störung litten. Die relevanteste methodologische Unzulänglichkeit liegt darin, dass hier deshalb keine endgültigen epidemiologischen Aussagen gemacht werden dürfen, weil das Projekt sich nicht auf ein überschaubares Einzugsgebiet bezog, sondern bundesweit wirkte und die Patienten nach unterschiedlichen Kriterien zugewiesen wurden. Somit konnten keine genauen Angaben zur Prävalenz psychischer Störungen bei Spaniern in Deutschland errechnet werden. Es handelt sich aber um eine deskriptive Studie über kulturspezifische Merkmale der Diagnostik und Behandlung einer einheitlichen Gruppe von Migranten.

Die erste Kernaussage dieser Studie bezieht sich auf die Zuweisung der beschriebenen Patientengruppe. Es stellte sich heraus, dass bei zwei Drittel der Stichprobe die Überforderung des Hilfesystems vor Ort ausschlaggebend für die

Aufnahmen war. Diese Überforderung liegt nicht ausschließlich an der sprachlichen Barriere, sondern auch in der Komplexität der Krankheitsbilder, insbesondere aufgrund der somatischen und psychiatrischen Komorbidität sowie der Chronizität vieler Krankheitsverläufe. Die Tatsache, dass seit 1987 alle bundesweit für Spanier zuständigen Sozialarbeiter an einer Seminarreihe zur migrationspsychiatrischen Versorgung teilnahmen wirkte sich dahingehend aus, dass bei zwei Drittel der Aufnahmen diese auf direkte Veranlassung durch die zuständigen Sozialpädagogen erfolgten, sowie dass immerhin vier von fünf Patienten von außerhalb des Einzugsgebietes stammten.

Die zweite Kernaussage der Studie ist, dass die Hilfesysteme vor Ort vorwiegend mit der Versorgung chronifizierter affektiver Störungen überfordert sind. Die Diagnosenverteilung weicht vom Profil der in deutschen psychiatrischen Abteilungen aufgenommenen Patienten ab. So ist lediglich jeder Fünfte im Rahmen des Projektes aufgenommener Patient suchtkrank und keiner weist als Erstdiagnose eine dementielle Erkrankung auf. Jeder fünfte Patient leidet an einer schizophrenen Psychose, vergleichbar mit dem entsprechenden Anteil in psychiatrischen Abteilungen mit Pflichtversorgung. Es imponiert, dass jeder dritte aufgenommene Patient an einer affektiven Störung und jeder Zehnte an einer Anpassungsstörung litt. Bemerkenswert ist die Tatsache, dass es sich bei diesen Patienten um chronifizierte Störungen handelte, deren nosologische Zuordnung schwierig war. Die Komplexität der Behandlung bei diesen chronifizierten Verläufen widerspiegelt sich in der hohen durchschnittlichen Verweildauer, die für die Patienten dieser Studie insgesamt 15 Tage länger als beim Klinikdurchschnitt ausfiel. Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass bei Vorliegen eines chronifizierten Verlaufes der Schritt zur Überweisung in ein kulturspezifisches Behandlungssetting sinnvoll ist.

Die dritte Kernaussage bezieht sich auf die hohe somatische Komorbidität der untersuchten Patienten. So weist über die Hälfte eine psychiatrische Komorbidität auf, allen voran die Primär Diagnosen Persönlichkeits-, Anpassungs- und affektive

Störungen. Drei Viertel der untersuchten Patienten hatten eine relevante, behandlungsbedürftige körperliche Erkrankung zum Zeitpunkt der Aufnahme. Einmal mehr wird deutlich, dass die vom Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren stationär behandelten psychisch kranke spanische Migranten sich in einem auffallend schlechten körperlichen Zustand befanden, der eine längere und aufwendigere Behandlung notwendig machte.

Jeder vierte untersuchte Patient war bereits vor der Migration psychisch erkrankt, jeder Zehnte ist bereits in der Heimat in stationär psychiatrischer Behandlung gewesen und jeder Dritte wies eine familiäre Belastung auf. In der migrationspsychiatrischen Literatur wird immer wieder die Frage diskutiert, ob psychische Erkrankungen bei Migranten zurückzuführen sind auf die mit der Migration einhergehenden psychosozialen Belastungen („breeder-hypothesis“) oder vielmehr Folge von Selektionsprozessen (dahingehend, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen eher emigrieren) seien. Dass beide kausale Interpretationen ihre Gültigkeit haben, lässt sich auch aus dieser Arbeit ableiten, denn ein Viertel war bereits vor der Auswanderung psychisch erkrankt und sogar in stationärer Behandlung gewesen, während drei Viertel gesund emigrierten. Besonders bemerkenswert ist die Tatsache, dass über ein Drittel der Patienten sich länger als ein Jahrzehnt im Gastland aufgehalten hatte, bevor die Erkrankung ausbrach, was hier insbesondere für affektive und schizophrene Störungen zutrifft. Dieses Ergebnis spricht auch für die sog. „breeder Hypothese“ und erlaubt darüber hinaus die Aussage, dass die schweren psychischen Störungen eher spät nach dem Zeitpunkt der Migration ausbrechen, so dass kein unmittelbarer zeitlicher Zusammenhang mit der Auswanderung als solcher für diese Diagnosen zu erkennen ist. Möglicherweise gilt dieser enge zeitliche Zusammenhang für somatoforme und kurze Anpassungsstörungen, allerdings Patienten, die dem Versorgungsangebot des Projektes nicht bedürfen und deshalb in dieser Studie nicht erfasst werden.

Die fünfte Kernaussage bezieht sich auf die Behandlungsergebnisse. Die untersuchte Patientengruppe bedurfte einer Behandlung in ihrer Muttersprache und auf Grund der oft sehr mangelhaften Deutschkenntnissen einer milieuorientierten Intervention, so durch Aufklärung und Koordination der Versorgungsaufgaben bei allen beteiligten Berufsgruppen sowie nicht selten bei deutschen Mitpatienten. Die Behandlung gestaltete sich meist in Form von regelmäßigen muttersprachlichen Einzel- und Familiengesprächen ergänzt durch zahlreiche soziale Interventionen. Trotz der Schwere der vorliegenden psychiatrischen und somatischen Störungen – welche überdurchschnittliche Aufenthalte erforderlich machten - blieb die Wiederaufnahmerate bis heute sehr niedrig. Hierfür möge die Unterstützung vor Ort, für welche das Krankenhaus beratend fungierte, ausschlaggebend gewesen sein. Die Tatsache, dass jeder Zehnte Patient nach Spanien rückgeführt wurde, dass ein Fünftel der Patienten auf Betreiben des Bezirkskrankenhauses Kaufbeuren hin die Erwerbsunfähigkeitsrente erhielt und dass jeder Dritte stationär behandelte Patient, wenn auch nur kurz, im Rahmen des Projektes in seiner Muttersprache ambulant nachbehandelt wurde, bekräftigt die Notwendigkeit kultursensibler und sozialpsychiatrischer Maßnahmen um Wiederaufnahmen zu reduzieren, sowie um die Lebensqualität in der Fremde anzuheben und um der Chronifizierungstendenz entgegenzuwirken mit einer migrationspsychiatrisch orientierten sekundären und tertiären Prävention.

Die vorliegende Studie versteht sich als ein Beitrag zur transkulturellen Arbeit am Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren. Andere Mitarbeiter haben sich bereits mit transkultureller Psychiatrie befasst, so über psychiatrische Störungen bei Gastarbeitern in Deutschland (v. Cranach, 1976), über ethnopsychiatrische Themen (Krahl, 1997 und 1998), über ein ethnopsychiatrisch-psychotherapeutisches Projekt (Fresser-Kuby und Kazin, 2002), über ein transkulturelles Projekt zur psychiatrischen Versorgung von spanischen Migranten in Deutschland (Valdes-Stauber et al., 2002), über psychiatrisch behandlungsbedürftige Migrantenkinder im Erwachsenenalter (Kuhlmann, 1995),

über Merkmale von jungen russlanddeutsche Spätaussiedler, die suchtkrank geworden sind (Kazin, 2004) sowie über allgemeine Charakteristika der psychiatrischen Versorgung von ausländischen Patienten im Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren aus einer kultursensiblen Haltung (Valdes-Stauber und v. Cranach, 2002; v. Cranach und Fresser-Kuby, 2001).

Nach einer Laufzeit von nahezu zwei Jahrzehnten legt das beschriebene Projekt einige medizinsoziologische Schlussfolgerungen nahe. Die stetige Reduktion der Inanspruchnahme stationärer Behandlung bei Patienten spanischer Herkunft machte den schwindenden Bedarf dieses Behandlungsangebotes deutlich. Gleichzeitig nahm im selben Zeitraum die Zahl der ambulant Behandlungsbedürftigen deutlich zu, sowohl für Patienten der ersten als auch der zweiten Generation; außerdem war eine Zunahme von Patienten aus Mittel- und Südamerika, die das beschriebene Angebot in Anspruch nahmen, zu verzeichnen. Diese zwei genannten Gruppen überwiegen zahlenmäßig zu Ungunsten der Gruppe der klassischen Gastarbeiter aus dem Mittelmeerraum. Der aktuelle Focus des Projektes ist die Verlagerung des Schwerpunkts auf die ambulante Betreuung, die Behandlung von Patienten zweiter Generation, die in ihrer Zahl zunehmenden Patienten aus Mittel- und Südamerika, sowie die Versorgung ehemals Emigrierter, die nun eine Remigration anstreben.

Betrachtet man die gesamte Gruppe der Migranten, dann kann festgestellt werden, dass die Problematik der Versorgung von sog. Gastarbeitern sich auf die Gruppe der aus der Türkei stammenden Bürger konzentriert (Koch, Bötzeck et al., 1995; Yildirim-Fahlbusch, 2003). Ansonsten drängen sich dem deutschen sowie den anderen westeuropäischen Gesundheitssystemen neue Herausforderungen auf: Die Zusammenführung von Familien, die Versorgung von Asylbewerbern – sowohl diejenigen mit Duldung als auch diejenigen, die auf behördliche und gerichtliche Entscheidung noch warten –, von Flüchtlingen, von sog. „Untertauchern“ aus Verzweiflung (*gens sans papiers*), von Ausweisung Bedrohten, von Aussiedlern und Spätaussiedlern mit ihren brisanten

psychosozialen Nöten. Menschliche Dramen spielen sich bei diesen Menschengruppen ab, bei welchen der Arzt oft bestenfalls ein Informationsvermittler und Berater wird, ohne praktische Einflussnahme auf die Schicksale ihm anvertrauter Patienten. Aus dem ehemaligen Jugoslawien und aus dem Kosovo sowie aus verschiedenen Brennpunkten in Afrika erreichen uns Menschen mit schwersten Traumatisierungen, die Behandler an den Rand der Hilflosigkeit führen (Abdallah-Steinkopf, 1999, 2001; Turner, 2003; Deutsches Ärzteblatt, 2003). Allerdings haben die gutachtliche Tätigkeit von Psychiatern als auch die Kommunikation mit Behörden an Bedeutung zugenommen (Collatz, Koch et al., 1998; Ebner, 2001; Koch, Özek et al., 1995, S. 277 – 303; Hausotter, 2002; Dt. Ärzteblatt, 2000, 2003, 2004).

Die anfänglichen migrationspsychologischen Arbeiten waren stark geprägt von einer soziologischen Intention und gingen von einer dramatischen Auffassung der Migration und von der Tatsache, dass Gastarbeiter eine Randexistenz führten, aus; wenn eine psychische Störung hinzukam, sprach man sogar von einer „doppelten Emargination“ (Morten, 1987). Da das Spektrum der Migrationshintergründe und die soziale sowie wirtschaftliche Realität Deutschlands in den letzten 15 Jahren sich stark gewandelt haben, entwickelten sich entsprechend das Verständnis des Phänomens der Migration, die Einstellung zu den ausländischen Mitbürgern sowie die Versorgungsansätze. In den letzten Jahren nahm das Interesse an einer transkulturellen Psychotherapie (Cogoy, 2001; Erim und Senf, 2002; Oesterreich, 2002; Heise (Hrsg.), 2002, S. 139 – 232; Koch, Özbek et al., 1998, S. 191 – 292) sowie an die transkulturelle Pflege (Kellnhauser und Schewior-Popp, 1999; García, 1999) zu. Inzwischen ist die Realität der in Deutschland lebenden Ausländer eine transgenerationale Angelegenheit geworden, die einerseits Integrationsbestrebungen selbstverständlich macht, andererseits intrinsische Migrationskonflikte verschärft. Zum Verständnis von Zusammenhängen zwischen Migration und psychischer Gesundheit werden heute eher systemische Erklärungsmodelle herangezogen (Oesterreich, 2002) sowie eine anthropologische Perspektive eingenommen, die

eher die transkulturellen Gemeinsamkeiten versuchen zu beleuchten als die unterschiedlichen Merkmale hervorzuheben (Krause, 2001). Aus dem langjährigen Dialog zwischen Institutionen und den einzelnen Professionellen mit unterschiedlichen Hintergründen entstand das Interesse an einer Anhebung der Kultursensibilität in der deutschen Psychiatrie. Theoretische und methodische Grundlagen sowie konkrete Versorgungsprojekte und Behandlungsansätze finden in wichtigen Publikationen Widerhall (Hegemann und Salman, 2001, S. 41 - 168; Heise, 2002), aber auch auf politischer Ebene mit der Gründung des Bundesbeauftragten für Migration und Gesundheit im Jahr 1999. Aus professionellen Kreisen wurden qualifizierte Zentren gegründet, die sich aktiv mit der Forschung der Zusammenhänge zwischen Migration und Gesundheit sowie mit transkultureller Psychiatrie befassen, so das Ethnomedizinische Zentrum in Hannover, das Bayerische Zentrum für transkulturelle Medizin e.V. sowie das Referat für transkulturelle Psychiatrie der DGPPN.

Nach 30 Jahren Aufmerksamkeit für die Zusammenhänge zwischen psychischen Störungen und Migration, insbesondere bei Gastarbeitern, rücken allmählich andere migrationspsychiatrische Aspekte in den Vordergrund : So das Thema der Remigration (Koptagel-Ilal, 1995 und 1997; Burke, 1982), aber auch die Ambivalenz der zweiten Generation mit ihrer Identitätsproblematik. Nicht zu vergessen ist die soziologische Realität des Altwerdens in der Fremde, das Aufkommen von gerontopsychiatrischen Störungen sowie die institutionelle Behandlung von älteren Menschen anderer Nationalitäten, ein Zustand, der zum Zeitpunkt der Auswanderung für die jetzt Betroffenen nicht vorstellbar war (Niedersächsisches Sozialministerium, 1989; Bianchi Schaefer, 2002; Erl, 2001).

Soziale und medizinische Berufe werden zunehmend konfrontiert mit dem Elend von Flüchtlingen aus der ganzen Welt, aber zunehmend aus Nordafrika, mit der Aussichtslosigkeit von Asylbewerbern und Menschen ohne Papiere sowie mit der zunehmenden Kluft zwischen Erhabenheit und Not, zwischen Notwendigem und Machbarem bei Helfenden, zwischen Reichtum und Elend, zwischen Gesetz und

konkreter menschlicher Not sowie zwischen Du und Ich, wenn man sich die oft dramatische und hilflose Realität vieler Einwanderer in Deutschland und in den restlichen westeuropäischen Ländern vor Augen hält. Es bleibt zu wünschen, dass die medizinischen Berufe und die amtlichen Entscheidungsträger die notwendige Sensibilität für die ihnen herangetragenen Aufgaben nicht einbüßen.

6. Zusammenfassung

Die vorliegende Studie befasst sich mit dem Profil stationär psychiatrisch behandlungsbedürftigen Spanier, die vorwiegend zwischen 1960 und 1975 und aus fast ausschließlich wirtschaftlichen Gründen nach Deutschland auswanderten. Diese Patienten wurden im Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren seit 1980 in Rahmen eines Kooperationsprojektes mit dem Referat für Spanier vom Caritasverband behandelt.

Anhand ausgewählter klinischer, soziodemographischer und versorgungsspezifischer Parameter wurden 100 konsekutiv zwischen 1988 und 2002 aufgenommene spanische Patienten untersucht. Die Studie ist retrospektiv angelegt, muss aber auf strikte Repräsentativität verzichten und weist daher vorwiegend Erkundungscharakter auf.

Die Ergebnisse der Studie können wie folgt zusammengefasst werden:

1. Die Überforderung des Hilfesystems vor Ort war ausschlaggebend für eine wohnortferne stationär-psychiatrische Aufnahme von Migranten spanischer Herkunft.
2. Die Überforderung des Hilfesystems ergibt sich nicht so sehr aus der sprachlichen Barriere, sondern vielmehr aus der Komplexität der Krankheitsbilder und der migrationsspezifischen Fragestellungen.
3. Die untersuchten Patienten weisen sowohl im Längs- wie auch im Querschnitt eine auffallend hohe somatische und psychiatrische Komorbidität als Ausdruck der Komplexität ihrer Krankheitsbilder.

4. Der stationäre Aufenthalt gestaltete sich in der Regel komplexer und länger als bei dem Durchschnitt der im Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren aufgenommenen Patienten als Ausdruck des erhöhten Behandlungsbedarfs dieser Patientengruppe.
5. Bei der Hälfte der stationär behandelten Patienten dauerte die aktuelle Krankheitsepisode zum Zeitpunkt der Aufnahme bereits über ein Jahr an. Migrationsspezifische Behandlungssettings wurden erst spät beansprucht.
6. Die Gruppe der im Rahmen des beschriebenen Projektes behandelten psychisch kranke spanische Migranten rekrutiert sich in hohem Maße aus Menschen mit bereits chronifizierten Verläufen, so waren zwei Drittel der aufgenommenen Patienten zum Zeitpunkt der Aufnahme bereits über sechs Jahre erkrankt.
7. Die Mehrzahl der behandelten Patienten weist keine psychische Störung und keine familiäre Belastung vor dem Zeitpunkt der Migration auf. Die schwereren psychischen Erkrankungen brachen meistens viele Jahre nach dem Zeitpunkt der Migration aus, so bei zwei Drittel der Patienten nach mehr als zehn Jahren.
8. Die affektiven Störungen nehmen eine Sonderstellung ein: sie zeigen eine große Chronifizierungstendenz, bedürfen längerer Krankenhausaufenthalte und sind behaftet mit einer erheblichen somatischen Komorbidität und körperlichen Schwerbehinderung.
9. Eine kultursensible sozialpsychiatrische Behandlung spanischer Migranten in Deutschland muss das Hilfesystem vor Ort unterstützen und soziale Aufgaben übernehmen sowie, bei Möglichkeit, ein ambulant-psychiatrisches Angebot bereitstellen um Wiederaufnahmen zu reduzieren.

Zusammenfassend kann schlussfolgert werden, dass psychisch kranke spanische Migranten in Deutschland in der Regel erst nach der Auswanderung und meist an affektiven Störungen erkranken und dass sie spät, oft chronifiziert und mit beträchtlichen sozialen und somatischen Komplikationen zur migrationsspezifischen psychiatrischen Behandlung in ihrer Muttersprache gelangen. Als Ergebnis des hier evaluierten Projektes sollte nicht nur eine stationäre migrationsspezifische Behandlung sichergestellt werden, sondern auch die sekundäre und tertiäre Prävention psychisch kranker spanischer Migranten kultursensibel verbessert werden durch Ausbildung und Beratung von Helfenden vor Ort und durch ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Weiterbetreuung

7. Literatur:

Abdallah-Steinkopf B (1999): Psychotherapie bei posttraumatischer Belastungsstörung unter Mitwirkung von Dolmetschern. Verhaltenstherapie 9; 211 – 220.

Abdallah-Steinkopf B (2001): Arbeit mit traumatisierten Migrantinnen und Migranten. In: T. Hegemann und R. Salman (Hrsg.): Transkulturelle Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Aguirre Menéndez JM (1986): Un cuarto de siglo de trabajo social con españoles. Sozialdienst für Spanier des Deutschen Caritasverbandes. Freiburg i.Br.

Bauer M (1996): Psychiatrische Erkrankungen und ihre Behandlung bei Ausländern. Zwei Fallbeispiele. Psychiatr Prax 23 (4) 194 – 196.

Bauer M, Priebe S (1994): Psychopathology and long-term adjustment after crisis in refugees from East Germany. Int J Soc Psychiatry (40 / 3) 165 – 176.

Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Ausländer (1994): Daten und Fakten zur Ausländersituation. Bonn.

Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (1999): Gesundheit und Migration. Handlungsbedarf und Handlungsempfehlungen. Gesundheitsamt des Landratsamtes Rhein-Neckar-Kreis in Heidelberg. Berlin, Bonn: die Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen.

Bengi-Arslan L, Verhulst FC, van der Ende J, Erol N (1997): Understanding childhood (problem) behaviours from a cultural perspective : comparison of problem behaviours and competencies in Turkish immigrant, Turkish and Dutch children. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 32 (8) 477 – 484.

Benkert H, Florn L, Freistein H (1974): Psychische Störungen bei ausländischen Arbeitnehmern, die zur stationären Behandlung in die Psychiatrische Klinik eingewiesen werden. Nervenarzt 45; 76 – 87.

Bermejo I, Muthny I (1994): Krankheitsverständnis und Kontrollüberzeugungen Gesunder zu Krebs und Herzinfarkt – eine transkulturelle Vergleichsstudie mit Deutschen und Spaniern. Zeitschrift für Medizinische Psychologie 3/94; 119 – 130.

Bianchi Schaefer M (2002): Rückkehr: Wohin? Alter und Migration.

Binder J, Simoes M (1978): Sozialpsychiatrie der Gastarbeiter. Fortschr Neurol Psychiat 46; 342 – 359.

Böker W (1975): Psychiatrie der Gastarbeiter. In: Psychiatrie der Gegenwart, Bd. III, 2. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

Böker W, Schwarz R (1977): Über Entstehung und Verlauf akuter paranoider Reaktionen im Zusammenhang mit Kulturwandel und Migration. Nervenarzt 48; 19 – 24.

Brakhoff J, Schmidtbrecik B (1982): Suchtkranke Ausländer in der BRD. Suchtgefahren 28; 38 – 41.

Burke AW (1982): Epidemiological aspects of the repatriate syndrome. Int J of Social Psychiatry 4; 291 – 299.

Burner M, Zaragoza H (1965): Quelques considérations médico-sociales à propos des ouvriers espagnols travaillant en Suisse. Praxis 49 ; 1480- 1491.

Callies IT, Machleidt W (2003): Transkulturelle Aspekte bei Persönlichkeitsstörungen. PTT 7; 117-133.

Cochrane R, Bal SS (1987): Migration und Schizophrenia: an examination of five hypothesis. Soc Psychiatry 22; 181 – 191.

Cogoy R (2001): Fremdheit und interkulturelle Kommunikation in der Psychotherapie. Psyche 55 (Heft 4) 339 – 357.

Collatz J, Hackhausen W, Salman R (Hrsg.) (1998): Begutachtung im interkulturellen Feld. Forum Migration, Gesundheit und Integration; Band 1. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.

Collatz J, Koch E, Machleidt W (Hrsg.) (1998): Transkulturelle Begutachtung. Das transkulturelle Psychoforum, Bd. 1. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.

Collatz J, Salman R, Machleidt (Hrsg.) (1999): Zur gesundheitlichen und psychosozialen Lage von Aussiedlern. Das transkulturelle Psychoforum, Bd. 3. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.

Cranach M v (1976): Psychiatric disorders among foreign workers in the Federal Republic of Germany. WPA-Symposium on Transcultural Psychiatry in Europe, Kiel. In: Boroffka A, Pfeiffer WM (Hrsg): Fragen der transkulturellen Psychiatrie in Europa: Münster, Westfälische Wilhelms-Universität.

Cranach M v, Fresser-Kuby R (2001): Ethnopsychiatrie im stationären Klinikalltag. In: T. Hegemann und R. Salman (Hrsg.): Transkulturelle Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Cropley AJ, Ruddat H, Dehn D, Lucassen S (Hrsg.) (1994): Probleme der Zuwanderung. Bd. 1. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.

Delgado JM (1966): Anpassungsprobleme der spanischen Gastarbeiter in Deutschland. Eine sozialpsychologische Untersuchung. Dissertation, Köln.

Deutscher Caritasverband (1979): Umfrage unter Spaniern in der Bundesrepublik Deutschland. Freiburg: Sozialdienst für Spanier.

Deutscher Caritasverband (1984): La familia española en la República Federal de Alemania. Freiburg: XVIII Bundesfachtagung der Sozialarbeiter für Ausländer.

Deutscher Caritasverband (1989): Umfrage unter Spaniern in der Bundesrepublik Deutschland. Freiburg: Referat Ausländischer Arbeitnehmer.

Deutscher Caritasverband (1989): Boletín de Información. Freiburg. 30. Jg.

Deutscher Caritasverband (1995): XXI. Fachtagung des Sozialdienstes für Spanier. Freiburg: Referat Ausländischer Arbeitnehmer.

Deutscher Caritasverband (Hrsg.) (1998): Auswertung Arbeitsstatistik Ausländersozialdienste 1997. Freiburg: Lambertus Verlag.

Deutsches Ärzteblatt(2000): Begutachtung von Asylbewerbern. Zwischen Staatsraison und Patientenwohl. 97(Heft 23) B1993-95. Beitrag von H. Korlitius.

Deutsches Ärzteblatt (2003): Begutachtung psychotraumatisierter Flüchtlinge. Konflikt mit ärztlich-ethnischen Belangen. 100 (Heft 34-35) B1831-32. Beitrag von W. Gierlichs.

Deutsches Ärzteblatt (2004): Ärztliche Gutachten.Feigenblatt für die Abschiebung. 101 (Heft 50) C2725-28. Beitrag von H. Korlitius und S. Rabbata.

Dévèreux G (1974) : Normal und anormal. Frankfurt: Suhrkamp. Orig. Französisch (1970): Essais d'Ethnopsychiatrie Générale. Paris : Gallimard.

Eagles J M (1991): The relationship between schizophrenia and immigration. Are there alternatives to psychosocial hypotheses? British Journal of Psychiatry 159; 783 – 789.

Ebner G (2001): Grundlagen transkultureller Begutachtung. In: T. Hegemann, R. Salman (Hrsg.): Transkulturelle Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Ekblad S, Roth G (1997): Diagnosing posttraumatic stress disorders in multicultural patients in Stockholm. Psychiatric divi J Nerv Ment Dis 185 (29) 102 – 107.

El País: La inmigración en el diván del psiquiatra. Martes, 14.11.2000, S. 37.

Erim Y, Senf W (2002) : Psychotherapie mit Migranten. *Psychotherapeut*, 47; 336 – 344.

Erl A (2001): Altwerden in der Fremde In: T. Hagemann und R. Salman (Hrsg.): *Transkulturelle Psychiatrie*.

Escrivá Catalá MD (1988): *Die spanische Emigrantin in der Bundesrepublik Deutschland*. Freiburg: Deutscher Caritasverband.

Flaskerud JH, Hu LT (1992): Relationship of ethnicity to psychiatric diagnosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 180 (No. 5) 296 – 303.

Foyle M, Beer MD, Watson JP (1998): Expatriate mental health. *Acta Psychiatr Scand* 97 (4) 278 – 283.

Fresser-Kuby R, Kazin V (2002) : Deutschunterricht, Einzelberatung und Gesprächsgruppe für Ausländer: Ein ethnopsychiatrisch-psychotherapeutisches Projekt im Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren. In: T. Heise (Hrsg.): *Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland. Das transkulturelle Psychoforum*, Bd. 5, ss. 313-332. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.

Fresser-Kuby R, Kazin V (2002): Deutschunterricht, Einzelberatung und Gesprächsgruppe für Ausländer: Ein ethnopsychiatrisch-psychotherapeutisches Projekt im Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren. In: T. Heise (Hrsg.): *Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland. Das transkulturelle Psychoforum*, Bd. 5. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.

Friessem DH (1974): Psychiatrische und psychosomatische Erkrankungen ausländischer Arbeitnehmer in der BRD. *Psychiatr Neurol Med Psychol* 26; 78 – 90.

Frigessi-Castelnuovo D, Risso M (1986): Emigration und Nostalgie. Sozialgeschichte, Theorie und Mythos psychischer Krankheit von Auswanderern. Frankfurt: Kooperative Verlag.

García C (1999): Kranksein und Fremdsein in Institutionen der Gesundheitsversorgung. Pflege 12; 273 – 277.

Gillberg C, Schaumann H, Gillberg IC (1995): Autism in immigrants: children born in Sweden to mothers born in Uganda. J Intellect Disabil Res 39 (219) 1412 – 144.

Gillberg IC, Gillberg C (1996): Autism in immigrants: a population-based study from Swedish rural and urban areas. J Intellect Disabil Res 40 (1) 24 – 31.

Goas ML, Asin FM (1967): Problemas psíquicos de la emigración. Madrid : Publicaciones del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica.

Grinberg L, Grinberg R (1986): Psychoanalyse du migrant et de l'exilé. Lyon : Césura.

Gutiérrez Rodríguez E (1999): Intellektuelle Migrantinnen: Subjektivitäten im Zeitalter der Globalisierung. Leske und Budrich.

Haasen C, Toprak MA, Yagdiran O, Kleinemeier E (2001): Psychosoziale Aspekte der Sucht bei Migranten. Suchttherapie 2; 161-166.

Häfner H (1980): Psychiatrische Morbidität von Gastarbeitern in Mannheim. Nervenarzt 51; 672 – 683.

Häfner H, Moschel G, Özek M (1977): Psychische Störungen bei türkischen Gastarbeitern. Eine prospektiv-epidemiologische Studie zur Untersuchung der Reaktion auf Einwanderung und partielle Anpassung. *Nervenarzt* 48; 268 – 275.

Hausotter W (2002): Begutachtung von Migranten und Arbeitnehmern ausländischer Herkunft. *Med Sach* 98 (5) 161 – 166.

Hegemann T, Salmann R (2001): *Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen.* Bonn: Psychiatrie Verlag.

Heise T (Hrsg.) (2002): *Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland. Das transkulturelle Psychoforum, Bd. 5.* Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.

Hertz DG (1988): Identity – lost and found: Patterns of migration and psychological and psychosocial adjustment of migrants. *Acta Psych Scand* 98 (Suppl. 44) 159 – 165.

Hoffmann K, Machleidt W (Hrsg.) (1997): *Psychiatrie im Kulturvergleich. Das transkulturelle Psychoforum, Bd. 2.* Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.

Holzmann TH, Volk S, Georgi K, Pflug B (1994): Ausländische Patienten in stationärer Behandlung in einer psychiatrischen Universitätsklinik mit Versorgungsauftrag. *Psychiat Prax* 21; 106 – 108.

Humboldt WV (1929): *Philosophische Anthropologie und Theorie der Menschenkenntnis.* Halle: Niemeyer.

Hummel P (1992): Transkulturelle Probleme der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Folgen einer inversen Migration? Zur Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen aus der ehemaligen DDR in der „alten“ Bundesrepublik. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 41 (10) 356 – 361.

Kazin V (2004): Migration als Risikofaktor für die Entwicklung von Drogenabhängigkeit bei jungen russlanddeutschen Spätaussiedlern. Dissertation, LMU München.

Kellnhauser E, Schewior-Popp S (1999): *Ausländische Patienten besser verstehen*. Stuttgart: Thieme Verlag.

Koch E, Özek M, Pfeiffer WM (Hrsg.) (1995): *Psychologie und Pathologie der Migration*. Freiburg: Lambertus.

Kohle-Meyer I (1994): „Ich bin fremd, so wie ich bin“. Migrationserleben, Ich-Identität und Neurose. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 43 (7) 253 – 259.

Koptagel – Ilal G (1995): Psychologie der Remigration. In: E. Koch, M. Özek und W. M. Pfeiffer (Hrsg): *Psychologie und Pathologie der Migration*. Freiburg: Lambertus.

Koptagel – Ilal G (1997): Schmerzen der Migration und Remigration. In: K. Hoffmann und W. Machleidt (Hrsg.): *Psychiatrie im Kulturvergleich. Das transkulturelle Psychoforum*, Bd. 2. Berlin: Verlag für Angewandte Wissenschaften.

Kraepelin E (1904): Vergleichende Psychiatrie. *Zentralbl Nervenkr Psychiat* 27; 433 – 437.

Kraepelin E (1921): Über Entwurzelung. Zeitschr Ges Neurol Psychiat 63; 1 – 8 .

Krahl W (1997): Rehabilitation chronisch schizophrener Patienten in Malaysia
In: K. Hoffmann und W. Machleidt (Hrsg.): Psychiatrie im Kulturvergleich. Das
transkulturelle Psychoforum, Bd.2. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.

Krahl W (1998): Psychiatrische Störungen bei Migranten in einem
Entwicklungsland. In: E. Koch, M. Pfeiffer, R. Schepker (Hrsg.): Chancen und
Risiken von Migration. Freiburg: Lambertus.

Krause IB (2001): Anthropologische Modelle für die multikulturelle psychiatrische
Arbeit. In: T. Hegemann und R. Salmann (Hrsg.): Transkulturelle Psychiatrie.
Bonn: Psychiatrie Verlag.

Krupinsky J (1967): Sociological aspects of mental ill – health in migrants. Soc Sci
Med 1; 267 – 281.

Kuhlmann R (1995): Migrationskinder im Erwachsenenalter. In: E. Koch, M. Özek,
W.M. Pfeiffer (Hrsg.): Psychologie und Pathologie der Migration. Freiburg:
Lambertus.

Kulhara P (1994): Outcome of Schizophrenia: some transcultural observations
with particular reference to developing countries. Eur Arch Psychiatry Cli Neurosci
224 (5) 227 – 235.

Kürsat-Ahlers E (1993): Migration und Ich-Entwicklung. Fortschr Neurol Psychiat
61 (Sonderheft 1) 5.

Lazaridis K (1987): Psychiatrische Erkrankungen und nationalitätsspezifische Inzidenz. *Nervenarzt* 58; 250 – 255.

Lazaridis K (1988): Epidemiologische Aspekte der Suchterkrankungen bei Ausländern. Hospitalisationsinzidenz in Niedersachsen. *Suchtgefahren* 34; 396 – 400.

Lazarus J, Locke BZ, Thomas DS (1963): Migration differentials in mental disease. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 41; 25 – 42.

Littlewood R, Ligsedge M. (1981): Some social and phenomenological characteristics of psychotic immigrants. *Psychological Medicine* 11; 289 – 302 .

London M (1986): Mental Illness among immigrant minorities in the United Kingdom. *British Journal of Psychiatry* 149; 265 – 273.

Malhotra MK (1989): Psychosoziale Probleme von Immigrantenkindern unterschiedlicher Nationalität. *Kinderarzt* 20 (Nr. 1) 43 – 54.

Malzberg B, Lee ES (1956): *Migration and mental disease*. New York: Social Science Research Council.

Mascarell S, Piolino P, Fargnoli D (1972): Contribution à l'étude de la clientèle italienne et espagnole dans un service de psychiatrie ambulatoire en Suisse. *Z Präz Med* 17; 225 – 226.

McKelvey RS, Webb JA (1996): Premigratory expectations and post migratory mental health symptoms in Vietnamese Americans. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35 (2) 240 – 245.

Ministerio de Trabajo y AASS (1995): Estadísticas de la Dirección General de Ordenación de las Migraciones. Madrid.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (1998): Guía para el retorno. Madrid: Dirección General de Ordenación de las Migraciones.

Moro ML (1994): Parents en exil: Psychopathologie et migrations. Paris : PUF.

Moro ML (1998) : Psychothérapie transculturelle des enfants migrants. Paris : Dunod.

Morten A (1987): „Hören Sie Stimmen?“ – „Ja, ich höre Sie gut!“. Gütersloh: Verlag Jakob van Hoddis.

Morten A (1986) : Vom heimatlosen Seelenleben.

Mortensen PB, Cantor-Graae E, McNeil TF (1997) : Increased rates of schizophrenia among immigrants: some methodological concerns raised by Danish findings. Psychol Med 27 (4) 813 – 820.

Murphy HBM (1977): Migration, culture and mental health. Psychological Medicine 7; 677 – 684.

Murphy HBM (1982): Comparative Psychiatry. The international and intercultural distribution of mental illness. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.

Niedersächsisches Sozialministerium – Ausländerbeauftragte – (1989): Altwerden in der Fremde, Probleme der Auswanderung der älteren Ausländergeneration.

Oedegard O (1932): Emigration and insanity. A study of mental disease among the norwegian born population of Minnesota. Acta psychiat (Kbh.) Suppl. 4.

Oedegard O (1972): Epidemiology of psychoses. In : Psychiatrie der Gegenwart. 2. Aufl., Bd. II/1 (Klinische Psychiatrie I). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

Oesterreich C (2001): Interkulturelle Psychotherapie in der Psychiatrie. Eine professionelle Herausforderung. In: T. Hegemann und R. Salman (Hrsg.): Transkulturelle Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Oesterreich C (2002): Kulturelle Familienwirklichkeiten. Systemische Therapie und Beratung im interkulturellen Kontext. Psyche;22-43.

Okpaku SO (ed.) (1998): Clinical Methods in Transcultural Psychiatry. Washington, London: American Psychiatric Press.

Pawlink N, Grizenko N, Chan-Yip A, Gantous P, Mathew J, Nguyen D (1966): Acculturation style and psychological functioning in children of immigrants. Am J Orthopsychiatry 66 (1) 111 – 121.

Pernice R, Brook J (1994): Relationship of migrant status (refugee or immigrant) to mental health. Int J Soc Psychiatry 40 (3) 177 – 188.

Pernice R, Brook J (1996): The mental health pattern of migrants: is there a euphoric period followed by a mental health crisis? Int J Soc Psychiatry 42 (1) 18 – 27.

Pfeiffer WM (1994) : Transkulturelle Psychiatrie. Ergebnisse und Probleme. Stuttgart: Thieme, 2. Aufl.(1. Aufl. 1971).

Pfeiffer WM, Schöne (Hrsg.) (1980): Psychopathologie im Kulturvergleich.

Pflanz M, Hasenkopf O, Costas P (1967): Blutdruck und funktionelle Beschwerden bei Gastarbeitern. Ein transkultureller Vergleich. *Arbeitsmedizin Sozialmedizin Arbeitshygiene* 5; 181 – 185.

Pöck K (1967): Hypochondrische Entwurzelungsdepressionen bei italienischen Arbeitern in Deutschland. *Dtsch Med Wochenschau* 87; 1419 – 1424.

Ponizovsky A, Ginath Y, Durst R, Wonimenek B, Safro S, Mimchin-Itzigson S, Ristner M (1998): Psychological distress among Ethiopian and Russian Jewish immigrants to Israel: a crosscultural study. *Int J Soc Psychiatry* 44 (1) 35 – 45.

Ponizovsky A, Perl E (1997): Does supported housing protect recent immigrants from psychological distress? *Int. J Soc Psychiatry* 43 (2) 79 – 86.

Ponizovsky A, Safro S, Ginth Y, Ritsner M (1997): Suicide ideation among recent immigrants: an epidemiological study. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 34 (2) 139 – 148.

Postrach F (1989): Ausländische Bürger als Patienten einer psychiatrischen Klinik. *Psychiat Neurol Psychol* 41; 392 – 399.

Priebe S, Bauer M, Rohrbeck S, Steinhart I, Wildgrube C (1990): Psychische Störungen bei Übersiedlern – I. Vorgeschichte, Symptomatik und diagnostische Einordnung. *Psychiat Prax* 17; 180 – 183.

Priebe S, Bauer M, Rohrbeck S, Wildgrube C (1993): Psychische Störungen bei Übersiedlern – II. Verlauf über sechs Monate und Sichtweisen der Patienten. *Psychiat Prax* 20; 30 – 34.

Priebe S, Bauer M, Rohrbeck S, Wildgrube C (1993): Psychische Störungen bei Übersiedlern – III. Nachuntersuchung nach zweieinhalb Jahren. *Psychiatr Prax* 20; 35 – 36.

Priebe S, Bolze K, Rudolf H (1994): Andauernde psychische Störungen nach Repressalien infolge eines Ausreiseantrages in der damaligen DDR. *Fortsch Neurol Psychiatr* 62 (11) 433 – 437.

Rack Ph (1982): Race, culture and mental disorder. New York: Tavistock Publications, S. 33 – 39.

Ritsner M, Ponizovsky A, Ginath Y (1997): Changing patterns of distress during the adjustment of recent immigrants: a 1-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 95 (6) 494 – 499.

Ritsner M, Ponizovsky A (1998) : Psychological symptoms among an immigrant population : a prevalence study. *Compr Psychiatry* 39 (1) 21 – 27.

Roberts N, Cawthorpe D (1995): Immigrant child and adolescent psychiatric referrals: a five-Year retrospective study of Asian and Caucasian families. *Can J Psychiatry* 40 (5) 252 – 256.

Rosca-Rebandengo P, Durst R, Mirmchin-Itzigsohn S (1996): Transculturation, psychosis and koro symptoms. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 33 (1) 54 – 62.

Rousseau C, Drapeau A (1998) : Parent – child agreement on refugee children's psychiatric symptoms : a transcultural perspective. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37 (6) 629 – 636.

Rudolf GAE, Röttgers HR (2000):Rechtsfragen in Psychiatrie und Neurologie. Wiesbaden: DUV, 2. Aufl.

Salman R, Tuna S, Lessino A (Hrsg.) (1999): Handbuch interkultureller Suchthilfe. Gießen: Psychosozial Verlag.

Salmon TW (1907): The relation of immigration to the prevalence of insanity. American Journal of Insanity 64; 53 – 71.

Sartorius N (1979): Crosscultural Psychiatry. In: Kisker KP, Meyer JE, Müller C (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart.

Scharfetter C (1997): Das Ich und seine Pathologie in verschiedenen Kulturen. In: K. Hoffmann und W. Machleidt (Hrsg.): Psychiatrie im Kulturvergleich. Das transkulturelle Psychoforum, Bd. 2. Berlin: VWB.

Schier E (1992): Ethnomedizinische und transkulturell-psychiatrische Aspekte der Migration. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 41 (10) 345 – 350.

Siefen G, Brähler E (Hrsg.) (1996): Migration und Gesundheit. Psychosozial 19 (63).

Silove D, Stell Z, McGorry P, Mohan P (1998): Trauma exposure, postmigration stressors and symptoms of anxiety, depression and post-traumatic stress in Tamil asylum-seekers: comparison with refugees and immigrants. Acta Psychiatr Scand 97 (3) 175 – 181.

Sinnerbrink I, Silove D, Field A, Stell Z, Manicavasgar V (1997): Componding of premigration trauma and postmigration stress in asylum seekers. I Psychol 131 (5) 463 – 470.

Statistisches Bundesamt (1998): FS 1, R 2, 1997,ss. 16 – 55.

Strömngren E (1962): Psychiatrie der Gegenwart. Bd. I, ss. 739 – 770.

Susser E, Fennig S, Jandorf L, Amador X, Bromet E (1995): Epidemiology, diagnosis and course of brief psychosis. Am J Psychiatry 152; 1743 – 1748.

Thompson M, McGorry P (1995): Psychological sequelae of torture and trauma in Chilean and Salvadorean migrants: a pilot study. Aust N Z J Psychiatry 29 (1) 84 – 95.

Turner SW, Bowie C, Dunn G, Shapo L, Yule W (2003): Mental Health of Kosovan Albanian Refugees in the UK. British Journal of Psychiatry 182; 444 – 448.

Tyhurst L (1954): Displacement and migration: a study in social psychiatry. Am J Psychiatry 107; 561 – 568.

Valdes-Stauber J (1992): 5-jährige Erfahrung mit stationär-psychiatrisch behandlungsbedürftigen Spaniern in Deutschland. Irsee: Vortrag, Okt. 1992 .

Valdes-Stauber J, Valdes-Stauber MA, von Cranach M (2000): Projekt zur psychiatrischen Versorgung Spanisch sprechender Immigranten in Deutschland. In:T. Heise (Hrsg.) (2002): Das transkulturelle Psychoforum, Bd. 5. Berlin: VWB.

Valdes-Stauber J, v. Cranach M (2002): Transkulturelle psychiatrische Behandlung im Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren. In: T. Heise (Hrsg.): Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland. Das transkulturelle Psychoforum, Bd. 5. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.

Van de Wijngaart GF (1997): Drug problems among immigrants and refugees in the Netherlands and the Dutch health care and treatment system. *Subst Use Misuse* 32 (7 – 8) 909 – 938.

Veloze R (1987): Psychosoziale Situation der spanischen (ausländischen) Arbeiter in der BRD. In: A. Morten: Hören Sie Stimmen?, Ja ich höre Sie gut. Gütersloh: J.v. Hoddis Verlag.

Wegener B (1982): Studie zur stationären Behandlung ausländischer Psychatriepatienten. *Spektrum* 6; 196 – 204.

Westermeyer J (1989): *Psychiatric care of migrants: a clinical guide*. Washington: American Psychiatric Press Inc.

Wulff E (1972): *Psychiatrie und Klassengesellschaft*. Frankfurt: Fischer Athenäum.

Yildirim-Fahlbusch Y (2003): Türkische Migranten. Kulturelle Missverständnisse. *Dt. Ärzteblatt* 100 (Heft 8) B 993 – 995.

Yilmaz AT (1997): Immigranten aus der Türkei in ambulanter psychiatrischer Behandlung. *Schweiz Rundschau Med Prax* 86 (21) 895 – 898.

Yilmaz AT, Stohler R, Battegay R (1996): Opiatabhängigkeit bei Immigranten aus der Türkei. *Schweiz Rundsch Med Prax* 85 (31 – 32) 930 – 934.

Zeiler J (1993): Zur nervenärztlichen und stationär-psychiatrischen Behandlung von Migranten. Sozialpsychiatrische Informationen 3; 27 – 33.

Zeiler J, Zarifoglu F (1994): Zur Relevanz ethnischer Diskriminierung bei psychiatrischen Erkrankungen. Psychiat Prax 21: 101 – 105.

Zeul M (1994): Rückreise in die Vergangenheit. Zur Psychoanalyse spanischer Arbeitsemigrantinnen. Psyche 1994; 529 – 562.

Zilber N, Lerner Y (1996): Psychological distress among recent immigrants from the former Soviet Union to Israel . Correlates of level of distress. Psychol Med 26 (3) 493 – 501.

8. Tabellarischer Anhang

Land	Anzahl
Deutschland	138.562
Frankreich	313.009
Schweiz	130.620
Belgien	69.083
England	49.503
Anzahl von Spaniern mit Aufenthalt in den wichtigsten europäischen Auswanderungsländern (1995)	

	EU-Staaten	Spanier
1984	3.811.754	158.843
1985	3.763.838	152.781
1986	3.824.329	150.493
1987	3.644.089	128.777
1988	3.846.513	126.402
1989	4.103.108	126.963
1990	4.455.082	135.498
1991	4.856.428	135.234
1992	5.361.949	133.847
1993	5.678.425	133.160
1994	5.780.167	132.355
1995	5.920.324	132.283
1996	6.003.943	132.457
1997	6.004.693	131.636

**Entwicklung der spanischen Bevölkerung in
Deutschland (1984 – 1997)**

Jahr	Zahl der Berufstätigen
1955	486
1956	698
1957	967
1958	1.494
1959	2.150
1960	9.454
1961	50.976
1962	87.327
1963	117.494
1964	144.526
1965	180.572
1966	185.336
1967	129.126
1968	111.982
1969	135.546
1970	165.854
1971	183.020
1972	184.000
1976	107.518
1979	89.992
1980	86.500
1984	68.967
1986	64.529
1987	63.005
1988	61.674

**Entwicklung der in Deutschland berufstätigen Spaniern
(1955 – 1988)**

Bundesland	Anzahl von Spaniern
Baden-Württemberg	21298
Bayern	11226
Berlin	3029
Brandenburg	92
Bremen	954
Hamburg	4505
Hessen	27502
Mecklenburg-Vorpommern	36
Niedersachsen	12076
Nordrhein-Westfalen	43148
Rheinland-Pfalz	4345
Saarland	516
Sachsen	388
Sachsen-Anhalt	131
Schleswig-Holstein	2285
Thüringen	105

**Verteilung der Spanier nach Bundesländern
zum 31.12.1997**

Region	Anzahl
Andalusien	136.007
Aragon	2.004
Asturien	4.671
Balearen	1.583
Canarische Inseln	1.070
Catabrien	5.639
Kastilien – La Mancha	14.200
Kastilien – Leon	42.433
Ceuta und Melilla	1.951
Katalonien	8.257
Valencia	20.839
Extremadura	30.558
Galizien	80.229
Madrid	37.206
Murcia	15.832
Navarra	1.456
Baskenland	4.359
La Rioja	224
Verteilung der nach Deutschland ausgewanderten Spanier nach Herkunftsregionen (1960 – 1998)	

Altersgruppe	Anteil
0 – 18	10 %
18 – 30	24 %
30 – 45	25 %
45 – 65	33 %
65 –	8 %
Verteilung nach Altersgruppen der in Deutschland lebenden Spanier zum 31.12.1997	

Altersgruppe	Prozent
0 – 15	6,10 %
15 - 30	28,40
30 – 45	27,70 %
45 – 65	30,20 %
65 –	7,60 %
Verteilung nach Altersgruppen der in Bayern lebenden Spanier zum 31.12.1997	

Jahr	insgesamt	aus Deutschland	Prozent
1981	15.361	4.357	28,4
1982	17.183	5.301	30,9
1983	18.140	5.328	29,4
1984	11.875	4.715	25,1
1985	17.594	3.841	21,8
1986	18.958	3.825	20,2
1987	22.154	3.772	17
1988	23.802	3.570	15
1989	26.512	3.722	14
1990	30.412	3.522	11,7
1991	25.326	2.891	11,4
1992	32.211	3.326	10,3
1993	20.985	3.079	14,7
1994	19.504	3.091	15,8
1995	18.500	2.514	13,4

**Entwicklung der Rückwanderung nach Spanien
(1981 – 1995)**

Diagnoseverteilung (gesamt für das Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren) im Jahr 2001

Diagnose	Anzahl	Anteil
F0	304	10 %
F1	1495	49 %
F2	443	14 %
F3	431	14 %
F4	214	7 %
F5	3	0,1 %
F6	139	5 %
F7	28	1 %
F8	5	0,2 %
F9	5	0,2 %
Gesamt	3067	100 %

**Bevölkerung Einzugsgebiet Bezirkskrankenhaus
Kaufbeuren am 31.12.2001**

	Gesamt	Ausländer	Spanier
Kaufbeuren	42.246	4.047	22
Ostallgäu	132.389	7.548	88
Anteil Unterallgäu	40.000	2.152	26
Anteil Lks. Augsburg	120.000	8.345	52
	334.635	22.092	188

Ausländer = 6,6 % der Bevölkerung

Spanier = 0,05 % der Bevölkerung

Spanier = 0,8 % der Ausländer

-

Aufnahmestatistik des Bezirkskrankenhauses Kaufbeuren 1999

Herkunft	Aufnahme	VwD	Anteil
Deutschland	3251	23,28	93,88 %
Ausländer insgesamt	212	16,65	6,12 %
Spanier	3	49,67	1,42 % der Ausländer
Gesamt	3463	22,87 Tage	100 %

9. Lebenslauf

Geb. am 23.08.1962 in Parana-Lena (Asturias-Spanien).

- | | |
|--------------|---|
| 1968-1976 | Besuch der Volksschule in Pola de Lena (Asturias-Spanien). |
| 1976-1980 | Besuch des Gymnasiums in Pola de Lena (Asturias-Spanien). |
| 1980-1986 | Studium der Humanmedizin an der Universität zu Oviedo (Spanien). |
| 1987 | Vertretungen als Praktische Ärztin in Spanien. |
| August 1987 | Erteilung der Approbation als Ärztin (Bay. Staatsmin. des Inneren). |
| 1988-1990 | Besuch des Sprach- und Dolmetscherinstituts in München. |
| 1990-1992 | |
| 1994-1996 | Weiterbildung in Psychiatrie (Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren). |
| Februar 1995 | Erwerb der Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“ (Bay. LÄK) |
| Seit 1996 | Kindererziehung.
Dolmetscherin bei transnationalen Projekten zur beruflichen Rehabilitation psychisch Behinderter.
Dozentin für Spanisch an der Volkshochschule Kaufbeuren. |

10. Danksagung

Mein persönlicher Dank gilt

Dr. Michael von Cranach, dem Leitenden Direktor des Bezirkskrankenhauses Kaufbeuren, für die Überlassung des Dissertationsthemas.

Dr. M. von Cranach und Prof. G. Laakmann für die interessierte Betreuung der Dissertationsarbeit.

Meinem Ehemann für seine Unterstützung mit Daten und hilfreichen Hinweisen.

Widmen möchte ich diese Arbeit meinen Kindern Martin, Pablo und Clara sowie meinem Ehemann Juan. Aber auch den vielen ehemaligen Gastarbeitern, die sich unter erschwerten Lebensbedingungen in der Fremde eine sinnvolle Existenz erkämpfen mussten.