

# Der Zusammenhang zwischen Migrationsstatus und depressiven Symptomen in der älteren Bevölkerung in Deutschland

## Ergebnisse einer bevölkerungsbasierten Querschnittstudie

Association Between Migrant Status and Depressive Symptoms in the Older Population in Germany  
A Population-Based Cross-Sectional Study

### Autoren

Marion C. Aichberger<sup>1</sup>, Bruno Neuner<sup>2</sup>, Ulfert Hapke<sup>3</sup>, Michael A. Rapp<sup>1</sup>, Meryam Schouler-Ocak<sup>1</sup>, Markus A. Busch<sup>3</sup>

### Institute

<sup>1</sup> Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Campus Charité Mitte, Charité – Universitätsmedizin Berlin

<sup>2</sup> Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin, Abteilung Klinische Epidemiologie, Universität Münster

<sup>3</sup> Abt. Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung, Robert Koch-Institut, Berlin

### Schlüsselwörter

- depressive Symptome
- Migration
- repräsentative Studie
- EURO-D-Skala

### Keywords

- depressive symptoms
- migrants
- population-based study
- EURO-D scale

### Zusammenfassung



**Anliegen:** Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Migrationsstatus und depressiven Symptomen in der älteren Bevölkerung in Deutschland.

**Methode:** In einer Querschnittstudie mit einer repräsentativen Stichprobe der ab 50-jährigen deutschen Bevölkerung (n=2890) wurden depressive Symptome mit der EURO-D-Skala erfasst.

**Ergebnisse:** Migranten (definiert als Personen mit eigener Migrationserfahrung) wiesen eine höhere Prävalenz depressiver Symptome (EURO-D  $\geq$  4 Punkte) auf (28%) als Nichtmigranten (19%). Nach Adjustierung für relevante Kovariablen blieb diese signifikante Assoziation bestehen.

**Schlussfolgerungen:** Die Ergebnisse sprechen für eine Assoziation zwischen Migrationserfahrung und depressiven Symptomen in der ab 50-jährigen Bevölkerung.

### Einleitung



Depression im höheren Lebensalter ist ein im Rahmen des demografischen Wandels zunehmend an Bedeutung erlangendes Gesundheitsproblem [1]. In Deutschland wird die Häufigkeit depressiver Erkrankungen bei älteren Menschen auf etwa 8–10% geschätzt [2]. Eine Vielzahl von Untersuchungen haben gezeigt, dass auch klinisch relevante depressive Symptome mit einer Prävalenz von 7–16% im höheren Lebensalter sehr häufig sind [3–6].

Soziodemografische und psychosoziale Faktoren spielen bei der Entstehung depressiver Erkrankungen im Alter eine besondere Rolle [7]. Als spezifische Risikofaktoren im höheren Alter werden insbesondere Trauerreaktionen und der Verlust sozialer Netzwerke diskutiert [7]. Studien der psychischen Gesundheit von Migranten haben in den letzten Jahrzehnten zahlreiche Hinweise dafür geliefert, dass eine persönliche Migrationserfahrung [8–10] und der Prozess der Akkulturation [11] ebenfalls Risikofaktoren sein können.

Viele Migranten der ersten Generation, die seit den 50er-Jahren insbesondere aus südeuropäischen Ländern nach Deutschland zugewandert sind, sind dauerhaft in Deutschland geblieben und befinden sich heute im mittleren oder höheren Lebensalter [12]. Im Jahr 2007 hatte fast ein Fünftel (18,7%) der in Deutschland ansässigen

Menschen nach der Definition des Statistischen Bundesamtes einen Migrationshintergrund [12]. Davon haben 10,5 Millionen Menschen (12,8%) eigene Migrationserfahrungen.

Zahlreiche internationale Studien sind der Assoziation zwischen Migrationsstatus und psychischer Gesundheit nachgegangen [9,13,14]. Der Zusammenhang zwischen Migration und affektiven Erkrankungen ist jedoch bislang nur unzureichend geklärt. Zwar gibt es Hinweise, dass ältere Migranten eine erhöhte Prävalenz von Depressivität aufweisen [13,15,16]. Es liegen jedoch wenig Daten aus populationsbasierten Studien vor [8,9,17].

In Deutschland haben sich zahlreiche Studien mit der Versorgung von psychisch erkrankten Migranten [18,19] und spezifischen Versorgungsmodellen beschäftigt [20]. Die Verbreitung psychischer Störungen bei älteren Migranten in Deutschland wurde bisher jedoch wenig untersucht [21]. Eine bevölkerungsbasierte Studie ohne Altersbegrenzung konnte keinen Zusammenhang zwischen Migrationsstatus und der Prävalenz psychischer Störungen nachweisen [22]. Eine andere Studie fand erhöhte Prävalenzen affektiver Störungen bei Migranten, hatte jedoch nur Personen bis 65 Jahren eingeschlossen [23]. Aus Deutschland liegt bisher keine Studie vor, die den Zusammenhang von Depression und Migrationsstatus in höheren Altersgruppen unter Be-

### Bibliografie

**DOI** <http://dx.doi.org/10.1055/s-0031-1276936>

Online-Publikation:

28.11.2011

Psychiat Prax 2012; 39:

116–121

© Georg Thieme Verlag KG

Stuttgart · New York ·

ISSN 0303-4259

© Georg Thieme Verlag KG

Stuttgart · New York ·

ISSN 0303-4259

### Korrespondenzadresse

**Dr. Markus Busch**

Robert Koch-Institut,  
Abt. Epidemiologie und  
Gesundheitsberichterstattung  
General-Pape-Straße 64  
12101 Berlin  
BuschM@rki.de

rücksichtigung bekannter Risikofaktoren der Depression analysiert hat.

Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, den Zusammenhang zwischen Migrationsstatus und der Prävalenz depressiver Symptome in einer bevölkerungsbezogenen Stichprobe von Personen ab 50 Jahren in Deutschland zu untersuchen.

## Methoden

Es wurden Daten der ersten Befragungswelle des „Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe“ (SHARE) ausgewertet. Dabei handelt es sich um eine im Jahr 2004 in 11 europäischen Ländern durchgeführte, auf Länderebene repräsentative Querschnittstudie zur Gesundheit und sozioökonomischen Situation von Männern und Frauen im Alter ab 50 Jahren [24]. Für die vorliegende Auswertung wurden die Daten der in Deutschland lebenden Studienteilnehmer im Alter ab 50 Jahren ( $n=2941$ ) herangezogen. Nach Ausschluss von 51 Personen (1,7%) mit fehlenden Daten zu depressiven Symptomen resultierte eine Stichprobe von  $n=2890$  Studienteilnehmern. Grundgesamtheit der repräsentativen Stichprobe waren alle Privathaushalte in Deutschland mit mindestens einem deutschsprachigen Haushaltsmitglied, das in oder vor 1953 geboren wurde. In einem 2-stufigen Stichprobenverfahren wurden zunächst Untersuchungsorte aus der Gesamtmenge aller politischen Gemeinden und dann Personen im Alter ab 50 Jahren aus den Einwohnermelderegistern der Gemeinden gezogen [24]. Stichprobenziehung und Datenerhebung in Deutschland erfolgten durch das Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH (Infas). Die Teilnehmerquote betrug 63,4% auf Haushaltsebene und 86,2% auf Individuumsebene innerhalb der Haushalte, entsprechend einer individuellen Teilnehmerquote von insgesamt 52% [24]. Die Studienteilnehmer wurden zwischen Mai und Oktober 2004 im Rahmen von Hausbesuchen durch geschulte Interviewer persönlich befragt.

## Depressive Symptome

Depressive Symptome wurden mit der EURO-D-Skala erfasst [25,26], einem validierten Fragebogen zur Selbstbeurteilung depressiver Symptome bei älteren Menschen, der für die EURODEP-Studien entwickelt wurde [27]. Mit der EURO-D-Skala wird das Vorliegen der folgenden 12 depressiven Symptome innerhalb des letzten Monats standardisiert erfragt: depressive Stimmung, Hoffnungslosigkeit, Suizidalität, Schuldgefühle, Schlafstörungen, Interesselosigkeit, Irritabilität, Appetitlosigkeit, Ermüdbarkeit, Konzentrationsstörung, Anhedonie und Weinen. Die deutschsprachige Version der EURO-D-Skala kann dem Hauptfragebogen der SHARE-Studie (S. 35–37) entnommen werden, der über die Studien-Webseite [www.share-project.org](http://www.share-project.org) frei verfügbar ist. Aus den angegebenen Einzelsymptomen wurde ein Summenscore mit einem Wertebereich von 0–12 berechnet, wobei höhere Skalenwerte einer höheren depressiven Symptomlast entsprechen. Relevante depressive Symptome bzw. Depressivität sind definiert als ein Punktwert  $\geq 4$  [28]. Zusätzlich wurde eine jemals erfolgte ambulante oder stationäre Behandlung wegen einer Depression in der Vorgeschichte anhand von Selbstangaben erfasst.

## Migrationsstatus

Der Migrationsstatus wurde anhand des Geburtslandes der Studienteilnehmer erfasst. Als Migranten wurden Teilnehmer definiert, deren Geburtsland nicht Deutschland war [13]. Somit wurden ausschließlich Migranten der ersten Generation mit persön-

licher Migrationserfahrung erfasst. Zur weiteren Charakterisierung der Migrationserfahrung wurden das Alter bei Immigration und die Dauer des Wohnaufenthaltes in Deutschland bestimmt. Zur Vereinfachung der Darstellung wird in der Folge der Begriff Migrant für Personen beiderlei Geschlechts mit persönlicher Migrationserfahrung verwendet.

## Kovariablen

Als Kovariablen wurden bekannte Einflussfaktoren depressiver Erkrankungen bei älteren Menschen einbezogen [3,24]. Der Bildungsstand wurde anhand der International Standard Classification of Education (ISCED) als niedrig (ISCED-Codes 1–2), mittel (Code 3) oder hoch (Codes 4–6) klassifiziert [29]. Ein hoher Bildungsstand entspricht dabei einer Ausbildung von mindestens 16 Jahren mit Abitur oder Fachhochschulreife und anschließender Lehre, Berufsfachschule, Fachhochschule oder Hochschule. Das Haushaltsnettoeinkommen wurde für Kaufkraftparität [24] und Haushaltsgröße (Division durch Quadratwurzel der Anzahl der Haushaltsmitglieder) adjustiert [30]. Angaben zu Familienstand und Lebensgemeinschaften wurden als „alleine lebend“ oder „zusammenlebend mit anderen in ehelicher oder nichtehelicher Lebensgemeinschaft“ zusammengefasst. Angaben zum Erwerbsstatus wurden als „arbeitslos oder erwerbsunfähig“ oder „erwerbstätig (angestellt oder selbstständig), berentet oder nicht erwerbstätig“ dichotomisiert.

Körperliche Erkrankungen wurden anhand einer Liste von 14 ärztlich diagnostizierten chronischen Erkrankungen erfasst und als „ $\geq 2$  Erkrankungen“ oder „0–1 Erkrankung“ ausgewertet. Einschränkungen in Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) und instrumentellen Alltagsaktivitäten (iADL) wurden als „ $\geq 1$  ADL-Einschränkung“ (aus einer Liste von 6 Aktivitäten, z.B. Körperpflege, Essen, Toilettengang) und „ $\geq 1$  iADL-Einschränkung“ (aus einer Liste von 7 Aktivitäten, z.B. Einkaufen, Telefonieren, Hausarbeiten) ausgewertet [31]. Die kognitive Leistung wurde durch einen Test der episodischen Gedächtnisleistung (verzögerter Abruf einer 10-Wortliste) erfasst [32].

## Statistische Methoden

Der Zusammenhang zwischen Migrationsstatus und depressiven Symptomen wurde in einer logistischen Regressionsanalyse untersucht, die im ersten Schritt nur „EURO-D  $\geq 4$  Punkte“ als abhängige Variable und den Migrationsstatus als unabhängige Variable einbezogen und im zweiten Schritt zusätzlich für alle Kovariablen adjustiert war. Alle statistischen Berechnungen wurden mit gewichteten Daten durchgeführt, um repräsentative Aussagen über die Grundgesamtheit treffen zu können. Der verwendete Gewichtungsfaktor passt die Daten an die Alters- und Geschlechtsverteilung in der ab 50-jährigen Bevölkerung Deutschlands zum Zeitpunkt der Stichprobenziehung an. Die Berechnungen wurden mit STATA 11.1 durchgeführt.

## Ergebnisse

Von 2890 befragten Personen waren 539 Migranten (18,5%). Jeweils etwa ein Viertel war zwischen 1917 und 1945 (27,8%), zwischen 1946 und 1950 (24,5%), zwischen 1951 und 1979 (23,5%) und ab 1980 (24,1%) zugewandert. Das mediane Alter bei Zuwanderung betrug 20 Jahre (Interquartilabstand [IQR] 9–36) und die mediane Dauer des Wohnsitzes in Deutschland betrug 56 Jahre (IQR 27–59).

Tab. 1 Beschreibung der Stichprobe.

	Gesamt n = 2890			Nichtmigranten n = 2351			Migranten n = 539			p*
	n	%	% gewichtet <sup>§</sup>	n	%	% gewichtet <sup>§</sup>	n	%	% gewichtet <sup>§</sup>	
weibliches Geschlecht	1536	53,2	54,7	1253	53,3	54,8	283	52,5	54,4	0,7
Alter (MW, SD), Jahre <sup>§</sup>	65,2	(10,2)		64,9	(10,3)		66,5	(9,5)		0,006
Altersgruppe 50–54 Jahre	544	18,8	19,1	473	20,1	20,8	71	13,2	11,8	<0,001
55–59 Jahre	446	15,4	14,2	384	16,3	15,0	62	11,5	10,6	
60–64 Jahre	563	19,5	17,5	429	18,3	16,3	134	24,9	22,9	
65–69 Jahre	553	19,1	17,1	436	18,6	16,6	117	21,7	19,4	
70–74 Jahre	318	11,0	11,1	257	10,9	10,8	61	11,3	12,6	
75+ Jahre	466	16,1	20,9	372	15,8	20,5	94	17,4	22,7	
hoher Bildungsstand (ISCED ≥4)	795	27,6	26,1	650	27,7	26,5	145	27,4	24,6	0,9
hohes Einkommen (oberste Quartile)	718	24,8	23,1	628	26,7	24,9	90	16,7	15,1	<0,001
alleine lebend	609	21,1	34,2	492	20,0	33,9	117	21,7	35,6	0,7
arbeitslos oder erwerbsunfähig	227	7,9	7,7	173	7,4	7,3	54	10,4	9,4	0,04
≥ 2 chronische Erkrankungen	1147	39,7	41,2	898	38,2	39,8	249	46,2	47,5	0,001
≥ 1 ADL-Einschränkung	236	8,2	9,7	182	7,7	9,3	54	10,0	11,5	0,08
≥ 1 iADL-Einschränkung	367	12,7	14,4	292	12,4	14,0	75	13,8	16,1	0,3
Gedächtnisleistung (MW, SD) <sup>§</sup>	3,6	(1,9)		3,7	(1,9)		3,1	(1,9)		<0,001
Jemals behandelte Depression	309	10,7	11,8	244	10,4	11,0	65	12,1	11,8	0,2

\* p-Werte für den Vergleich zwischen Migranten und Nichtmigranten ( $\chi^2$ -Test für kategoriale Variablen, Wilcoxon-Rangsummentest für stetige Variablen); <sup>§</sup>hochgerechnet auf die ab 50-jährige Bevölkerung Deutschlands; ISCED: International Standard Classification of Education. MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; ADL: Aktivitäten des täglichen Lebens; iADL: instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens

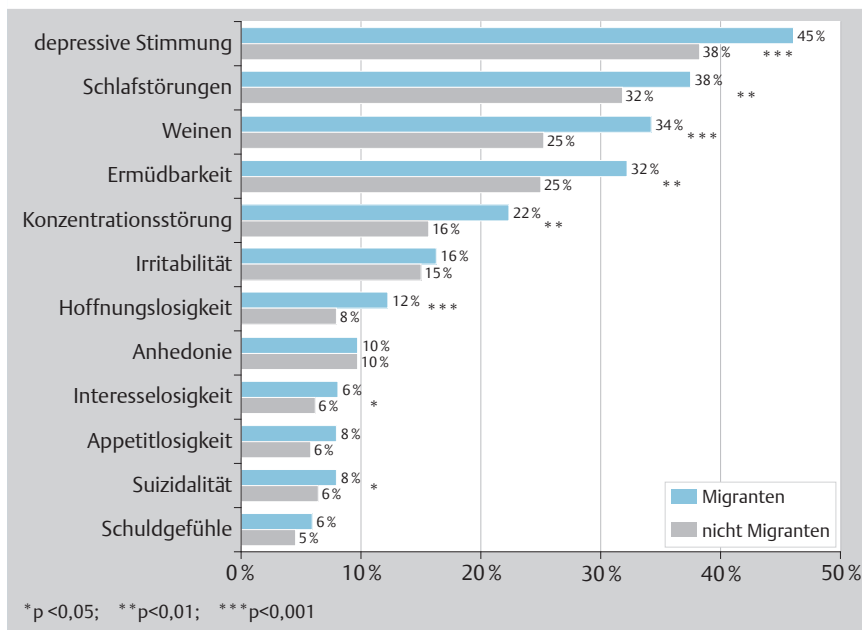


Abb. 1 Prävalenz einzelner depressiver Symptome der EURO-D-Skala bei Migranten und Nichtmigranten; \* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001.

Die Charakteristika der Studienteilnehmer sind in **Tab. 1** dargestellt. Im Vergleich zu Nichtmigranten waren Migranten älter, öfter arbeitslos oder erwerbsunfähig und hatten niedrigere Einkommen. Ferner hatten Migranten häufiger mehrere chronische Erkrankungen und eine geringere durchschnittliche Gedächtnisleistung.

Relevante depressive Symptome (EURO-D ≥ 4 Punkte) bestanden bei 536 Personen (20,8%). Von 539 Migranten wiesen 138 (27,8%) depressive Symptome auf, verglichen mit 398 der 2351 Nichtmigranten (19,2%) ( $\chi^2=21,84$ ;  $p<0,001$ ). Es fand sich kein signifikanter Unterschied in der Prävalenz depressiver Symptome zwischen Migranten, die bis 1945 (26,1%), zwischen 1946 und 1950 (30,9%), zwischen 1951 und 1979 (26,9%) oder ab 1980 (27,3%) zugewandert waren ( $\chi^2=0,53$ ;  $p=0,9$ ).

Der mediane Punktwert der EURO-D-Skala betrug 2 Punkte (IQR 0–3), wobei er bei Migranten (2; IQR 1–4) höher lag als bei Nichtmigranten (1; IQR 0–3) ( $z=-4,48$ ;  $p<0,001$ ). Von den erfragten Symptomen hatten depressive Stimmung (40,2%), Schlafstörung (33,1%), Weinen (27,4%) und gesteigerte Ermüdbarkeit (27,1%) die höchsten Prävalenzen. Fast alle Einzelsymptome wurden von Migranten häufiger angegeben (**Abb. 1**), wobei die relative Differenz am höchsten war für Hoffnungslosigkeit (relativ 35% höhere Prävalenz), Konzentrationsstörung (30% höher), Appetitlosigkeit (27% höher) und Weinen (26% höher).

In der logistischen Regressionsanalyse fand sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Migrationsstatus und depressiven Symptomen (EURO-D ≥ 4 Punkte) mit einer rohen Odds Ratio (OR) von 1,62 (95%-Konfidenzintervall [KI] 1,27–2,07). Nach Adjustierung für alle Kovariablen in der multiplen logistischen Re-

**Tab. 2** Zusammenhang zwischen Stichprobenmerkmalen und depressiven Symptomen (EURO-D  $\geq 4$  Punkte) in multipler logistischer Regressionsanalyse<sup>§</sup>.

	Odds Ratio	95 %-Konfidenzintervall	robuster Standardfehler	z	p-Wert
Migrant	1,50	1,11–2,01	0,23	2,66	0,008
weibliches Geschlecht	2,25	1,73–2,93	0,30	6,01	<0,001
Altersgruppe 50–54 Jahre	1,00	0,44–0,99	0,14	–2,01	0,06*
55–59 Jahre	0,66	0,39–0,86	0,12	–2,69	0,04
60–64 Jahre	0,58	0,39–0,87	0,12	–2,63	0,007
65–69 Jahre	0,58	0,31–0,85	0,13	–2,61	0,009
70–74 Jahre	0,52	0,42–1,01	0,15	–1,91	0,009
75+ Jahre	0,65				0,06
hoher Bildungsstand (ISCED $\geq 4$ )	0,72	0,53–0,97	0,11	–2,18	0,03
hohes Einkommen (oberste Quartile)	0,88	0,64–1,21	0,14	–0,77	0,4
alleine lebend	1,35	1,03–1,76	0,18	2,21	0,03
arbeitslos oder erwerbsunfähig	1,10	0,70–1,75	0,26	0,43	0,7
$\geq 2$ chronische Erkrankungen	1,99	1,54–2,57	0,26	5,27	<0,001
$\geq 1$ ADL-Einschränkung	2,31	1,56–3,43	0,47	4,15	<0,001
$\geq 1$ iADL-Einschränkung	2,92	2,12–4,03	0,48	6,57	<0,001
Gedächtnisleistung (pro Wort)	0,84	0,79–0,90	0,03	–5,06	<0,001
Jemals behandelte Depression	3,66	2,62–5,11	0,62	7,64	<0,001

\* p-Wert für Gesamteffekt des Alters; § Analyse gewichtet für die Alters- und Geschlechtsverteilung in der ab 50-jährigen Bevölkerung; ISCED: International Standard Classification of Education; ADL: Aktivitäten des täglichen Lebens; iADL: instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens

gressionsanalyse blieb dieser signifikante Zusammenhang bestehen, der Effektschätzer reduzierte sich auf eine adjustierte OR von 1,50 (95%-KI 1,11–2,01) (► Tab. 2).

Weibliches Geschlecht, alleine lebend,  $\geq 2$  chronische Erkrankungen,  $\geq 1$  Einschränkung in ADL und iADL sowie vorherige behandelte Depression waren zusätzliche Prädiktoren von Depressivität (► Tab. 2). Demgegenüber waren hoher Bildungsstand und bessere Gedächtnisleistung mit einer geringeren Prävalenz depressiver Symptome assoziiert. Eine zusätzliche Adjustierung für Zeitraum oder Alter der Migration führte zu keiner Änderung der Effektschätzer.

Teilnehmer mit depressiven Symptomen gaben mehr ambulante Arztkontakte in den letzten 12 Monaten an (Median: 9 Kontakte; IQR 4–15), als Teilnehmer ohne depressive Symptome (Median: 4 Kontakte; IQR 2–8) ( $z = -13,0$ ;  $p < 0,001$ ). Auch die durchschnittliche Anzahl der Krankenhausnächte in den letzten 12 Monaten war bei den Teilnehmern mit depressiven Symptomen erhöht (4,9 Nächte [Standardabweichung 14,5] verglichen mit 2,0 Nächten [9,3];  $z = -7,3$ ;  $p < 0,001$ ). Weder in der Gesamtgruppe noch in der Untergruppe der 536 Teilnehmer mit depressiven Symptomen, bestand ein Unterschied zwischen Nichtmigranten und Migranten hinsichtlich der Anzahl der ambulanten Arztkontakte, der Krankenhausaufnahmen oder der Krankenhausnächte in den letzten 12 Monaten.

## Diskussion

In dieser Querschnittstudie mit einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung im Alter ab 50 Jahren wiesen Migranten mit persönlicher Migrationserfahrung eine erhöhte Prävalenz depressiver Symptome auf. Diese Assoziation zwischen Migrationsstatus und Depressivität konnte nicht durch Unterschiede in den anderen einbezogenen Merkmalen erklärt werden. In der Prävalenz der einzelnen genannten Depressionssymptome zeigten sich ebenfalls relevante Unterschiede zwischen Migranten und Nichtmigranten.

Der Einfluss des Migrationsstatus auf die psychische Gesundheit ist in 2 weiteren bevölkerungsbezogenen Studien in Deutschland

untersucht worden [22, 23]. Glaesmer et al. fanden in einer bundesweiten Stichprobe von 2510 Personen keinen Unterschied in der Häufigkeit psychischer Störungen zwischen Migranten und Nichtmigranten [22]. Insbesondere für Depression bestand weder auf der Syndromebene, noch auf der dimensional Ebene ein Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Die 2-Wochen-Prävalenz für eine majore Depression betrug 2,6% bei Migranten und 2,2% bei Nichtmigranten. Zu einer anderen Einschätzung kamen Bermejo et al. in einer Analyse von Daten des Bundesgesundheits surveys 1998 [23]. In dieser Studie waren die 4-Wochen-, 12-Monats- und Lebenszeitprävalenzen von affektiven Störungen bei Migranten mit Odds Ratios von 2,0; 1,7 und 1,5 im Vergleich zu Nichtmigranten erhöht.

Jedoch ist es schwierig, aus diesen Untersuchungen Rückschlüsse über die Prävalenz von depressiven Symptomen bei Migranten mit persönlicher Migrationserfahrung in höheren Altersgruppen zu ziehen. Im Gegensatz zu der vorliegenden Untersuchung wurden von Glaesmer et al. Personen im Alter ab 14 Jahren eingeschlossen und es erfolgte keine altersgruppenspezifische Auswertung [22]. Die von Bermejo et al. analysierte Stichprobe wiederum umfasste Personen im Alter von 18–65 Jahren, wobei ebenfalls keine altersspezifische Auswertung durchgeführt wurde [23]. Somit erlauben diese Studien keine Einschätzung des Zusammenhangs zwischen Migrationsstatus und depressiven Symptomen im höheren Alter. Auch war der mögliche Einfluss weiterer Risikofaktoren in den beiden Studien nicht hinreichend berücksichtigt worden [22, 23]. Die hier berichtete Analyse hingegen konnte aufgrund der ausreichend hohen Fallzahl für eine Vielzahl von bekannten Einflussfaktoren für depressive Symptome im Alter kontrolliert werden. Die von Glaesmer et al. untersuchte Migrantengruppe umfasste zudem auch Personen ohne eigene Migrationserfahrung, deren Eltern immigriert waren, und die Prävalenz psychischer Störungen bei Migranten der ersten und zweiten Generation wird nicht separat berichtet [22]. Die Ergebnisse unserer Untersuchung werfen die Frage auf, welche Einflüsse den Unterschied an depressiver Belastung bedingen könnten. Als besonders für Migranten relevante Faktoren werden soziale Unterstützung, sozioökonomische Position und körperliche Erkrankungen diskutiert [33]. Jedoch konnten in unserer

Analyse Unterschiede zwischen Migranten und Nichtmigranten in diesen Bereichen den gefundenen Zusammenhang zwischen Migrationserfahrung und Depression nicht hinreichend erklären. Immigrationsrechtliche Bedingungen, Diskriminierungserfahrungen und Trennung von Familie und Freunden im Heimatland stellen zusätzliche Risikofaktoren für Migranten dar [34–36], welche besonders mit steigendem Lebensalter von zunehmender Bedeutung sein könnten. Mit zunehmenden Lebensjahren können zu den Folgen des Migrationsprozesses noch die spezifischen Folgen des Alterns hinzutreten, wodurch alternde Migranten möglicherweise zusätzlich belastet werden. Zwar zeigte sich in der vorliegenden Studie ein deutlicher Zusammenhang von chronischen Erkrankungen und Funktionseinschränkungen im Alltag mit depressiver Symptomatik. Der Zusammenhang zwischen Migrationsstatus und depressiver Symptomatik konnte hierdurch jedoch nicht vollständig erklärt werden.

Neben einer möglichen Mehrbelastung müssen auch der potenziell erschwerte Zugang zur medizinischen Versorgung bedacht werden. In der Analyse fanden sich jedoch keine Unterschiede in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in den letzten 12 Monaten in Abhängigkeit vom Migrationsstatus. Hingegen berichteten Personen mit depressiven Symptomen insgesamt mehr Arztkonsultationen und Krankenhausnächte im letzten Jahr. Dies könnte dafür sprechen, dass Migranten tatsächlich häufiger medizinische Versorgung in Anspruch nehmen, weil es der gesundheitliche Zustand erfordert. Eine vermehrte Inanspruchnahme allgemeinärztlicher Versorgung durch ältere Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen zeigten auch Glaesmer et al. [37]. Unklar bleibt jedoch, ob Migranten und Nichtmigranten in gleichem Maße psychiatrische und psychologische Hilfe in Anspruch nehmen. In Untersuchungen aus stationären psychiatrischen Einrichtungen waren Migranten dort weder über- noch unterrepräsentiert [19].

Einschränkend ist zu erwähnen, dass Schlussfolgerungen für spezifische Migrantengruppen hier nicht möglich sind, da keine Information über das Herkunftsland der Befragten verfügbar war. Auch sind Vergleiche zu anderen Studien dadurch erschwert, dass die Definition des Migrationsstatus zwischen den vorliegenden Untersuchungen variieren. In der vorliegenden Untersuchung wurden nur Personen mit eigener Migrationserfahrung eingeschlossen. Auch kann über die Hintergründe der Migration, welche entscheidend für die Wahrnehmung und Verarbeitung des Migrationsereignisses sein können [38], hier nichts ausgesagt werden. Des Weiteren könnte es sein, dass die erfasste depressive Symptomlast bei Migranten durch eine kulturspezifisch unterschiedliche Bewertung der Symptome z.T. überschätzt wurde [39, 40].

Ferner stellt sich die Frage nach der Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse. Obwohl es sich um eine bevölkerungsrepräsentative Stichprobe handelt und die statistischen Berechnungen an die Alters- und Geschlechtsverteilung der Allgemeinbevölkerung angepasst wurden, waren Migranten in dieser Studie möglicherweise sogar überrepräsentiert. Der Anteil von Migranten der ersten Generation an der Bevölkerung ab 55 Jahren in Deutschland lag 2005 laut offizieller Statistik bei 10,4% [41], während sich in der 2004 untersuchten Stichprobe ab 50 Jahren ein Anteil von 19% fand. Zuletzt ist zu erwähnen, dass die Befragten der Landessprache mächtig sein mussten, was zu der Selektion bestimmter Untergruppen von Migranten geführt haben könnte, die nicht repräsentativ für die Migrantenpopulation in Deutschland insgesamt ist.

Auch wenn die Datenlage in Deutschland bisher nicht ausreichend ist, um einen Zusammenhang eindeutig zu belegen, weisen die Ergebnisse dieser Untersuchung dennoch auf eine höhere Prävalenz depressiver Symptome bei älteren Migranten der ersten Generation in Deutschland hin.

### Konsequenzen für Klinik und Praxis

- ▶ Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass Migranten der ersten Generation im Alter ab 50 Jahren häufiger durch depressive Symptome betroffen sind als gleichaltrige Nichtmigranten.
- ▶ Es bestanden relevante Unterschiede in Hinblick auf die Prävalenz einzelner Depressionssymptome zwischen Migranten und Nichtmigranten.
- ▶ Die erhöhte Prävalenz depressiver Symptome bei älteren Migranten in dieser Untersuchung konnte nicht durch Unterschiede zwischen Migranten und Nichtmigranten in den anderen untersuchten Charakteristika erklärt werden.

### Danksagung

This paper uses data from SHARE release 2.3.0, as of November 13th 2009. SHARE data collection in 2004–2007 was primarily funded by the European Commission through its 5th and 6th framework programs (project numbers QLK6-CT-2001–00360; RII-CT-2006–062193; CIT5-CT-2005–028857). Additional funding by the US National Institute on Aging (grant numbers U01 AG09740–13S2; P01 AG005842; P01 AG08291; P30 AG12815; Y1-AG-4553–01; OCHA 04–064; R21 AG025169) as well as by various national sources is gratefully acknowledged (see <http://www.share-project.org> for a full list of funding institutions).

### Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

### Abstract

#### Association Between Migrant Status and Depressive Symptoms in the Older Population in Germany

**Objective:** To assess the association between migrant status and depressive symptoms among the older population in Germany.

**Methods:** In a cross-sectional study with the German subsample of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), a population-based sample of 2890 German residents aged 50 years or older (mean age 65 years, 55% women), the association between migrant status (defined as being born outside of, and having immigrated to Germany) and depressive symptoms ( $\geq 4$  points on the EURO-D scale) was examined by multiple logistic regression analysis.

**Results:** A total of 539 respondents (19%) were migrants. Prevalence of depressive symptoms was higher in migrants (28%) than in non-migrants (19%,  $p < 0.001$ ). Migrant status remained associated with depressive symptoms (odds ratio 1.50, 95% confidence interval 1.11–2.01) in logistic regression analysis adjusting for sociodemographic factors, indicators of physical health, and cognitive function.

**Conclusions:** The results suggest an association between migrant status and depressive symptoms in the older population in

Germany that was independent of other predictors of late-life depression included in this analysis.

## Literatur

- 1 Chapman DP, Perry GS. Depression as a major component of public health for older adults. *Prev Chronic Dis* 2008; 5: A22
- 2 Weyerer S, Bickel H. Epidemiologie depressiver Erkrankungen und suizidaler Handlungen. In: Weyerer H, Bickel S. Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. Stuttgart: Kohlhammer; 2007: 115–136
- 3 Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1147–1156
- 4 Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol* 2009; 5: 363–389
- 5 Glaesmer H, Kallert TW, Brahler E et al. The prevalence of depressive symptomatology in the German elderly population and the impact of methodical aspects on the identified prevalence. *Psychiat Prax* 2010; 37: 71–77
- 6 Weyerer S, Eifflaender-Gorfer S, Kohler L et al. Prevalence and risk factors for depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older. *J Affect Disord* 2008; 111: 153–163
- 7 Blazer DG, Hybels CF. Origins of depression in later life. *Psychol Med* 2005; 35: 1–12
- 8 Bhugra D. Migration and mental health. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109: 243–258
- 9 Lindert J, Ehrenstein OS, Priebe S et al. Depression and anxiety in labor migrants and refugees – a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med* 2009; 69: 246–257
- 10 Livingston G, Leavey G, Kitchen G et al. Mental health of migrant elders – the Islington study. *Br J Psychiatry* 2001; 179: 361–366
- 11 Haasen C, Levit O, Gelbert A et al. Relationship between mental distress and acculturation among migrants. *Psychiat Prax* 2007; 34: 339–342
- 12 Statistisches Bundesamt. Statistisches Jahrbuch 2009 für die Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt; 2009
- 13 Aichberger MC, Schouler-Ocak M, Mundt A et al. Depression in middle-aged and older first generation migrants in Europe: results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *Eur Psychiatry* 2010; 25: 468–475
- 14 Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 12–24
- 15 McCracken CF, Boneham MA, Copeland JR et al. Prevalence of dementia and depression among elderly people in black and ethnic minorities. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 269–273
- 16 van der Wurff FB, Beekman AT, Dijkshoorn H et al. Prevalence and risk factors for depression in elderly Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. *J Affect Disord* 2004; 83: 33–41
- 17 Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet* 2005; 365: 1309–1314
- 18 Schouler-Ocak M, Bretz HJ, Hauth I et al. Patients of immigrant origin in outpatient psychiatric facilities: a comparison between Turkish, eastern European and German patients. *Psychiat Prax* 2010; 37: 384–390
- 19 Schouler-Ocak M, Hartkamp N, Koch E et al. Patient with a history of immigration in inpatient psychiatric clinics – representative country-wide survey of the „Psychiatry and Immigration“ Working Group of the Federal Directors Conference. *Psychiat Prax* 2009; 36: 202
- 20 Machleidt W, Behrens K, Ziegenbein M et al. Integration of immigrants into the mental health care system in Germany. *Psychiat Prax* 2007; 34: 325–331
- 21 Zeeb H, Razum O. Epidemiological research on migrant health in Germany. An overview. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2006; 49: 845–852
- 22 Glaesmer H, Wittig U, Brahler E et al. Are migrants more susceptible to mental disorders? *Psychiat Prax* 2009; 36: 16–22
- 23 Bermejo I, Mayninger E, Kriston L et al. Mental disorders in people with migration background compared with German general population. *Psychiat Prax* 2010; 37: 225–232
- 24 Börsch-Supan A, Jürges H. The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe – Methodology. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing; 2005
- 25 Castro-Costa E, Dewey M, Stewart R et al. Ascertaining late-life depressive symptoms in Europe: an evaluation of the survey version of the EURO-D scale in 10 nations. The SHARE project. *Int J Methods Psychiatr Res* 2008; 17: 12–29
- 26 Prince MJ, Reischies F, Beekman AT et al. Development of the EURO-D scale – a European, Union initiative to compare symptoms of depression in 14 European centres. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 330–338
- 27 Copeland JR, Beekman AT, Braam AW et al. Depression among older people in Europe: the EURODEP studies. *World Psychiatry* 2004; 3: 45–49
- 28 Castro-Costa E, Dewey M, Stewart R et al. Prevalence of depressive symptoms and syndromes in later life in ten European countries: the SHARE study. *Br J Psychiatry* 2007; 191: 393–401
- 29 UNESCO. International Standard Classification of Education ISCED-1997. Montreal, Quebec, Canada: UNESCO Institute of Statistics; 2006
- 30 OECD. Growing Unequal? Income Distribution and Poverty in OECD Countries. Paris: OECD Publishing; 2008
- 31 Börsch-Supan A, Brügiavini A, Jürges H et al. Health, ageing and retirement in Europe – First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing (MEA); 2005
- 32 Aichberger MC, Busch MA, Reischies FM et al. Effect of physical inactivity on cognitive performance after 2.5 years of follow-up: Longitudinal results from the survey of health, ageing, and retirement (SHARE). *Geropsych* 2010; 23: 7–15
- 33 Silveira ER, Ebrahim S. Social determinants of psychiatric morbidity and well-being in immigrant elders and whites in east London. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998; 13: 801–812
- 34 Momartin S, Steel Z, Coello M et al. A comparison of the mental health of refugees with temporary versus permanent protection visas. *Med J Aust* 2006; 185: 357–361
- 35 Silove D, Sinnerbrink I, Field A et al. Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 351–357
- 36 Igel U, Brahler E, Grande G. The influence of perceived discrimination on health in migrants. *Psychiat Prax* 2010; 37: 183–190
- 37 Glaesmer H, Gunzelmann T, Martin A et al. The impact of mental disorders on health care utilization and illness behaviour in the elderly. *Psychiat Prax* 2008; 35: 187–193
- 38 Bhugra D. Cultural identities and cultural congruency: a new model for evaluating mental distress in immigrants. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 111: 84–93
- 39 Kirmayer LJ. Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (Suppl. 13): 22–30
- 40 Simon GE, Korff M von, Piccinelli M et al. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med* 1999; 341: 1329–1335
- 41 Statistisches Bundesamt. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt; 2007