

Masterarbeit

**Interventionen zur Linderung von depressiven Symptomen
sowie Steigerung der psychischen Gesundheitskompetenz
bei Erwachsenen mit Migrationshintergrund**

Ein Systematic Review

eingereicht von

Rita Gruber, BSc

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

(MSc)

Pflegewissenschaft

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Institut für Pflegewissenschaft

unter der Anleitung von

Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ scient. med. Franziska Großschädl, MSc, BSc

Graz, 9. September 2025

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Des Weiteren erkläre ich hiermit, dass, sofern bei der Erstellung dieser Arbeit Künstliche Intelligenz (KI) Werkzeuge zur Generierung und/oder Korrektur bestimmter Textpassagen verwendet wurden, dieser Einsatz unter Einhaltung ethischer Grundsätze, akademischer Integrität und den Vorgaben meiner Universität erfolgte, sowie in Folge dies transparent gemacht und in angemessener Weise gekennzeichnet wurde.

Zusammenfassung

Im Jahr 2023 hatten 27,2% der Menschen, die in Österreich lebten, einen Migrationshintergrund. Der Zugang zum Gesundheitssystem und die damit verbundene Versorgung ist für Menschen mit Migrationshintergrund häufig erschwert. Diese Bevölkerungsgruppe weist laut Studien eine ungenügende Gesundheitskompetenz auf und ist häufiger von depressiven Erkrankungen betroffen. Zahlreiche gesundheitliche, soziale und ökonomische Konsequenzen können Folge einer depressiven Erkrankung sein. Ziel dieser Arbeit ist es, aufzuzeigen wodurch depressive Symptome bei Menschen mit Migrationshintergrund gelindert werden können und deren psychische Gesundheitskompetenz gesteigert werden kann.

Methode

Im Rahmen einer systematischen Literaturrecherche wurden relevante Publikationen zur Beantwortung der beiden Forschungsfragen in den Datenbanken PubMed, CINAHL, Google Scholar, Embase, Medline und der Cochrane Library (via Ovid) identifiziert. Die inkludierten Studien wurden von zwei Reviewerinnen mithilfe der CASP-Checkliste auf ihre Qualität hin bewertet. Die relevanten Inhalte der eingeschlossenen Studien wurden extrahiert und narrativ sowie tabellarisch dargestellt.

Ergebnisse

Es wurden elf Studien identifiziert, welche digitale oder telekommunikationsgestützte Interventionen zur Linderung depressiver Symptome untersuchten. Dabei führt vor allem der Einsatz von kognitiver Verhaltenstherapie mit digitalem oder telekommunikationsgestütztem Ansatz zu einer statistisch signifikanten Linderung depressiver Symptome. Auch drei weitere Interventionen wie eine kultursensible kollaborative Behandlung mit einem Fallmanager, eine Psychotherapie mithilfe eines mobilen Kommunikationssystems sowie eine telefonbasierte psychoedukative Intervention konnten eine statistisch signifikante Reduktion depressiver Symptome erzielen. Bei vier weiteren untersuchten Interventionen zeigte sich keine statistisch signifikante Reduktion depressiver Symptome. Insgesamt wurden sechs Studien inkludiert, welche Interventionen zur Steigerung der psychischen Gesundheitskompetenz untersuchten, wobei in allen Studien eine statistisch signifikante Steigerung der psychischen Gesundheitskompetenz erzielt werden konnte. Die untersuchten Interventionen umfassten einen psychischen Gesundheitsdienst mit Hausbesuchen, eine mehrsprachige

Onlineplattform mit kultursensiblen Inhalten zum Thema Depression, ein psychoedukatives Programm in Form einer DVD- sowie PowerPoint Präsentation und eine Fotonovela.

Schlussfolgerung

Es zeigt sich, dass digitale und telekommunikationsgestützte Interventionen ein vielversprechendes Potenzial zur Linderung depressiver Symptome bei Erwachsenen mit Migrationshintergrund aufweisen, insbesondere in Kombination mit kognitiver Verhaltenstherapie. Des Weiteren konnte eine Steigerung der psychischen Gesundheitskompetenz durch gezielte Maßnahmen festgestellt werden. Allerdings zeigen alternative digitale Ansätze methodische Schwächen, was weiteren Forschungsbedarf unterstreicht. Die Pflegewissenschaft kann hierbei einen zentralen Beitrag leisten, etwa durch die Entwicklung, Implementierung und Evaluation kultursensibler, niedrighwelliger Angebote. Eine stärkere Einbindung pflegewissenschaftlicher Expertise ist entscheidend, um die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund nachhaltig zu verbessern.

Abstract

In 2023, 27.2% of people living in Austria had a migration background. Access to the healthcare system and appropriate care is often limited for this population. Studies indicate that people with a migration background tend to have lower levels of health literacy and are more frequently affected by depressive disorders. These conditions can lead to significant health, social, and economic consequences. The aim of this thesis is to identify which interventions can reduce depressive symptoms and improve mental health literacy among people with a migration background.

Methods

A systematic literature search was conducted in the databases PubMed, CINAHL, Google Scholar, Embase, Medline, and the Cochrane Library (via Ovid) to identify relevant publications addressing the two research questions. The included studies were assessed for quality using the CASP checklist by two independent reviewers. Key findings were extracted and presented both narratively and in tabular form.

Results

A total of eleven studies investigating digital or telecommunication-based interventions for reducing depressive symptoms were identified. Digital or tele-based cognitive behavioral therapy (CBT) in particular led to statistically significant improvements in depressive symptoms. Three additional interventions, a culturally sensitive collaborative care model with a case manager, psychotherapy delivered via mobile communication tools, and a telephone-based psychoeducational intervention, also showed significant reductions in symptoms. Four other interventions did not demonstrate statistically significant effects. Six studies were included that focused on improving mental health literacy, all of which showed significant positive outcomes. The interventions included home-based mental health services, a multi-lingual online platform with culturally sensitive content on depression, a psychoeducational program using a DVD and PowerPoint presentation, and a photonovella.

Conclusion

Digital and telecommunication-based interventions show promising potential in alleviating depressive symptoms among adults with a migration background, especially when combined

with cognitive behavioral therapy. In addition, targeted measures were found to effectively enhance mental health literacy in this population. However, methodological limitations of alternative digital approaches highlight the need for further research. Nursing science can make a key contribution by developing, implementing, and evaluating culturally sensitive and low-threshold interventions. Greater integration of nursing expertise is essential to sustainably improve mental health care for people with a migration background.

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	1
1.1	Migration	1
1.1.1	Migrant*innen, Flüchtlinge und Asylsuchende	1
1.1.2	Migration in Österreich	2
1.1.3	Gesundheitszustand von Menschen mit Migrationshintergrund	3
1.2	Depressive Erkrankungen	3
1.2.1	Symptome	4
1.2.2	Folgen depressiver Erkrankungen	5
1.2.3	Risikofaktoren	5
1.2.4	Migration und depressive Erkrankungen	6
1.2.5	Stigmatisierung und Versorgungslücke depressiver Erkrankungen	6
1.3	Gesundheitskompetenz – „Health Literacy“	7
1.3.1	Psychische Gesundheitskompetenz – „Mental Health Literacy“	8
1.3.2	Risikofaktoren und Folgen einer eingeschränkten Gesundheitskompetenz	8
1.3.3	Integrated model of health literacy	9
1.4	Relevanz des Themas	11
1.5	Forschungslücke	12
1.6	Ziel und Forschungsfrage	13
2	METHODE	14
2.1	Design	14
2.2	Systematische Literaturrecherche in den Datenbanken	14
2.3	Handsuche	17
2.4	Ein- und Ausschlusskriterien	17
2.5	Qualitätsbewertung	21
3	ERGEBNISSE	22

3.1	Qualität der Studien	22
3.2	Charakteristika der Studien	24
3.3	Interventionen zur Linderung von depressiven Symptomen	31
3.3.1	Kognitive Verhaltenstherapie mit digitalem oder telekommunikationsgestütztem Ansatz ..	31
3.3.2	Andere Interventionen mit digitalem oder telekommunikationsgestütztem Ansatz	34
3.4	Interventionen zur Steigerung der psychischen Gesundheitskompetenz	42
4	DISKUSSION	49
4.1	Interventionen zur Linderung von depressiven Symptomen	49
4.1.1	Kognitive Verhaltenstherapie mit digitalem oder telekommunikationsgestütztem Ansatz ..	49
4.1.2	Andere Interventionen mit digitalem oder telekommunikationsgestütztem Ansatz	51
4.2	Interventionen zur Steigerung der psychischen Gesundheitskompetenz	55
4.3	Stärken und Limitationen der Arbeit	57
4.4	Weiterer Forschungsbedarf	58
4.5	Bedeutung für die Pflegepraxis	59
5	SCHLUSSFOLGERUNG	61

Abkürzungsverzeichnis

BDI-II = Beck Depression Inventory-II

BMI = Body-Mass-Index

CASP = Critical Appraisal Skills Programme

CB-PHQ-9 = Chinese bilingual version of the patient health questionnaire

CBDI = Chinese version of the Beck depression inventory-I

CBT = cognitive behavioral therapy

CES-D = Center for Epidemiologic Studies Depression Scale

CGI-I = Clinical Global Impression of Improvement

CINAHL = Commulated Index to Nursing and Allied Health Literature

CSCT = Culturally Sensitive Collaborative Treatment

EFTA = Europäische Freihandelsassoziation

EIP = Engagement Interview Protocol

EU = Europäische Union

GuKG = Gesundheits- und Krankenpflegegesetz

HAM-D-17 = Hamilton Rating Scale for Depression

iCBT = Internet delivered Cognitive Behaviour Therapy

ICD = International Classification of Diseases

MeSH = Medical Subject Headings

MHLS = Mental Health Literacy Scale

MINI = Mini-International Neuropsychiatric Interview

PHQ-8 = Patient Health Questionnaire-8

PHQ-9 = Patient Health Questionnaire-9

PubMed = Public Medical Literature Online

RCT = Randomized Controlled Trial

WHO = World Health Organization

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: "Integrated Model of Health Literacy" nach Sørensen et al. (2012).....	9
Abbildung 2: Flow-Chart Forschungsfrage 1	19
Abbildung 3: Flow-Chart Forschungsfrage 2.....	20

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Keywords und Synonyme.....	15
Tabelle 2: Suchstränge.....	16
Tabelle 3: Ein- und Ausschlusskriterien	18
Tabelle 4: Qualitätsbewertung nach CASP	23
Tabelle 5: Studiencharakteristika - Forschungsfrage 1.....	24
Tabelle 6: Studiencharakteristika - Forschungsfrage 2.....	28

1 Einleitung

In Österreich ist über die Jahre ein Anstieg von Menschen mit Migrationshintergrund zu verzeichnen. Im Jahr 2023 lebten rund 2,45 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund im Land. Ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung betrug 27,2%. Das entspricht einem Zuwachs von etwa 35,1% im Vergleich zum Jahr 2015 (Statistik Austria, 2024). Zu den häufigsten Gründen für Migration zählen soziopolitische, wirtschaftliche sowie umweltbedingte Faktoren (Europäisches Parlament, 2024). Besonders im Jahr 2022 kam es zu einem deutlichen Anstieg der Einwanderungszahlen, vor allem aufgrund der hohen Zahl geflüchteter Menschen aus der Ukraine (Bundeskanzleramt der Republik Österreich, 2023).

1.1 Migration

Unter dem Begriff Migration wird die Verlegung des Lebensmittelpunktes über einen längeren Zeitraum sowie über administrative Grenze hinweg verstanden. Damit unterscheidet sich Migration von anderen Formen der Mobilität wie etwa dem täglichen Pendelverkehr aus beruflichen Gründen oder touristischen Reisen, bei denen keine dauerhafte Wohnsitzverlegung erfolgt (Bundeszentrale für politische Bildung, 2018). Nach einer Definition der Vereinten Nationen (1998) liegt Migration dann vor, wenn eine Person ihren Lebensmittelpunkt für mehr als drei Monate in ein anderes Land verlegt. In diesem Fall spricht man von Kurzzeit- oder temporärer Migration. Wird der Lebensmittelpunkt für mehr als ein Jahr verlegt, spricht man von Langzeit- oder dauerhafter Migration.

Im Folgenden werden die Merkmale von Migrant*innen, Flüchtlingen und Asylsuchenden beschrieben, um die Unterschiede der drei Begriffe darzulegen.

1.1.1 Migrant*innen, Flüchtlinge und Asylsuchende

Unter den Begriffen „Menschen mit Migrationshintergrund“ oder „Migrant*innen“ werden alle Personen verstanden, deren Eltern im Ausland geboren wurden, unabhängig von ihrer Staatsangehörigkeit. Dabei wird zwischen der ersten und der zweiten Generation unterschieden. Menschen mit Migrationshintergrund der ersten Generation wurden selbst im Ausland geboren und sind zugewandert. Menschen der zweiten Generation wurden hingegen in Österreich geboren. Bei ihnen liegt lediglich der Geburtsort beider Elternteile in einem anderen Land (Statistik Austria, 2023). Migrant*innen verlassen ihre Heimat aus eigenem Antrieb,

auf der Suche nach besseren Lebensbedingungen (Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, 2024).

Im Gegensatz dazu fliehen Menschen, die als Flüchtlinge gelten, nicht freiwillig aus dem Land, dessen Staatsangehörigkeit die besitzen, sondern aus begründeter Angst vor Verfolgung aufgrund ihrer Religion, Ethnizität, politischen Meinung oder Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe (Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, 2024).

Asylsuchende sind Personen, die in ein anderes Land eingereist sind und dort einen Antrag auf Anerkennung als Flüchtling gestellt haben. Solange über diesen Antrag noch nicht entschieden wurde, gelten sie rechtlich nicht als anerkannte Flüchtlinge, jedoch stehen sie unter dem Schutz der allgemeinen Erklärung der Menschenrechte. Dies besagt, dass jeder das Recht hat, in einem anderen Land vor Verfolgung Asyl zu suchen (Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, 2024).

1.1.2 Migration in Österreich

Ein Drittel der Menschen mit Migrationshintergrund, welche in Österreich leben, ist im Besitz eines österreichischen Passes, während zwei Drittel ausländische Staatsangehörige sind. Unter den Personen mit Migrationshintergrund der zweiten Generation liegt der Anteil der österreichischen Staatsbürger*innen bei 60,6%. In der ersten Generation beträgt dieser Anteil lediglich 24,0% (Statistik Austria, 2023).

Die Zuwanderung aus dem Ausland stellt in Österreich mittlerweile die Hauptkomponente der Bevölkerungsentwicklung dar. Prognosen zeigen bei ähnlichem Wanderungs- und Geburtenniveau wie zuvor, einen Bevölkerungsanstieg auf rund 9,86 Millionen Menschen bis 2050. Ohne weiterer Zuwanderung würde die Gesamtbevölkerung im gleichen Zeitraum laut Prognosen auf rund 8,31 Millionen Menschen sinken (Statistik Austria, 2023). Von den rund 2,352 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund, welche im Jahr 2022 in Österreich lebten, hatten etwa 910.000 ihre Wurzeln in einem EU- oder EFTA-Staat. Dies sind mit 38,7% knapp zwei Fünftel der Menschen mit Migrationshintergrund (Statistik Austria, 2023).

1.1.3 Gesundheitszustand von Menschen mit Migrationshintergrund

Menschen mit Migrationshintergrund haben nicht nur oft mit Rassismus zu kämpfen, sondern sind auch in vielen Bereichen des Lebens benachteiligt. Dies zeigt sich unter anderem durch erschwerten Zugang zu Bildung, angemessenem Wohnraum, dem Arbeitsmarkt sowie dem Gesundheitswesen (Europäische Union, 2021). Für einen erfolgreichen Integrationsprozess von Migrant*innen stellt der Gesundheitszustand einen bedeutenden Faktor, aufgrund der Auswirkungen von Gesundheit auf individuelle Bildung, ökonomische Integration und soziale Teilhabe, dar (Bundeszentrale für politische Bildung, 2021). Eine ungenügende Gesundheitskompetenz sowie mangelhafte Sprachkenntnisse erschweren den Zugang zum Gesundheitssystem und der damit verbundenen Versorgung (Ganahl et al., 2016). Untersuchungen belegen, dass Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur österreichischen Mehrheitsbevölkerung einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen (Anzenberger et al., 2015). Aus dem statistischen Jahrbuch zum Thema Migration und Integration geht hervor, dass Menschen mit Migrationshintergrund in Österreich häufiger von depressiven Erkrankungen betroffen sind als Menschen ohne Migrationshintergrund. Unter der österreichischen Bevölkerung ohne Migrationshintergrund gaben rund 5% der Männer und rund 8% der Frauen an, in den letzten zwölf Monaten an depressiven Symptomen gelitten zu haben. Unter der Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund waren es bei den Männern hingegen rund 8% und bei den Frauen rund 13%. Besonders stark betroffen waren dabei Personen mit Herkunft aus dem ehemaligen Jugoslawien sowie der Türkei (Statistik Austria, 2023).

1.2 Depressive Erkrankungen

In Österreich leiden laut dem „Depressionsbericht Österreich“ rund 6,5% der Erwachsenen zu einem bestimmten Zeitpunkt an einer depressiven Erkrankung. Dabei sind Frauen mit 6,8% im Vergleich zu Männern mit 6,3% häufiger davon betroffen. Mit diesen Zahlen liegt Österreich im Vergleich zu anderen Ländern Europas im Mittelfeld (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, 2019).

Der Begriff „Depression“ stammt vom lateinischen Wort „deprimere“, was so viel bedeutet wie „niederdrücken“. Im medizinischen Kontext beschreibt er keine einheitliche Erkrankung, sondern ein Syndrom mit unterschiedlichen Ausprägungen und Erscheinungsformen. Mithilfe des International Classification of Diseases (ICD) werden depressive Erkrankungen wie folgt kategorisiert:

- Manische Episode
- Bipolare affektive Störung
- Depressive Episode
- Rezidivierende depressive Störung
- Anhaltende affektive Störungen (Dysthymie, Zykllothymie)
- Organische affektive Störungen
- Schizodepressive Störung
- Depressive Anpassungsstörung
- Angst und depressive Störung
- Depressive Störung im Wochenbett
- Sonstige affektive Störungen
- Nicht näher bezeichnete affektive Störung (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, 2019).

1.2.1 Symptome

Depressive Erkrankungen können sich durch eine Vielzahl unterschiedlicher Symptome äußern. Im Mittelpunkt der depressiven Symptomatik stehen häufig Veränderungen der emotionalen Wahrnehmung und Stimmung. Oft besteht das Gefühl einer inneren Leere sowie die Abnahme der Fähigkeit, Gefühle zu empfinden. Ein weiteres charakteristisches Merkmal depressiver Erkrankungen ist die Affektarmut, worunter eine stark eingeschränkte emotionale Ausdruckskraft durch Mimik, Gestik und Sprache verstanden wird. Nicht selten tritt auch eine Affektstarre auf, bei der Betroffene nur noch eingeschränkt auf emotionale Reize reagieren können. Der Antrieb ist häufig stark vermindert, wodurch alltägliche Aufgaben, selbst grundlegende Tätigkeiten wie Körperpflege oder ausreichende Flüssigkeitsaufnahme, als kaum bewältigbar erlebt werden. Weiters treten bei depressiven Erkrankungen oft Angstsymptome auf, welche sich in unterschiedlichen Formen, wie zum Beispiel durch Panikattacken oder psychotische Erlebnisse, bemerkbar machen. Auch kognitive Beeinträchtigungen können hinzukommen. Diese äußern sich beispielsweise durch Schwierigkeiten bei der Entscheidungsfindung, der Konzentration oder der Orientierung. Körperliche Symptome sind ebenfalls weit verbreitet. Dazu zählen unter anderem Appetitverlust, Libidoverminderung, vermehrtes Schwitzen, Mundtrockenheit sowie körperliche Schwäche, schnelle Erschöpfbarkeit und Schlafstörungen. Des Weiteren kommt es häufig zu Schwindel, abdominale

Beschwerden und auch Kopf-, Gelenk- oder Rückenschmerzen (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, 2019).

1.2.2 Folgen depressiver Erkrankungen

Depressive Erkrankungen gehen mit einer erhöhten Morbidität und Mortalität sowie einer deutlich verminderten Lebensqualität einher. Die depressive Symptomatik und der oft damit verbundene ungesunde Lebensstil können Depressionen verstärken, die Entstehung anderer Erkrankungen begünstigen und deren Verlauf negativ beeinflussen. Außerdem haben Betroffene ein 20-mal höheres Suizidrisiko als Personen ohne depressive Erkrankung (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, 2019). Darüber hinaus können depressive Erkrankungen verschiedene negative Auswirkungen auf soziale Aspekte haben. Dazu zählen Schwierigkeiten am Arbeitsplatz über Beziehungsprobleme bis hin zu speziellen Herausforderungen, wie zum Beispiel das Alleinleben in einer Wohnung. Im weiteren Krankheitsverlauf kann es zu sozialem Rückzug, dem Abbruch von Beziehungen sowie zu Arbeitslosigkeit kommen. Zusätzlich erschwert wird die Situation durch das vorhandene Stigma depressiver Erkrankungen. Negative Vorurteile und mangelndes Verständnis können Betroffene zusätzlich belasten und sie davon abhalten, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, 2019). Depressive Erkrankungen stellen auch eine gesamtwirtschaftliche Belastung dar. Diese zeigt sich sowohl in steigenden Gesundheits- und Versorgungskosten als auch in Produktivitätsverlusten durch krankheitsbedingte Arbeitsausfälle (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, 2019).

1.2.3 Risikofaktoren

Depressive Erkrankungen entstehen laut den sogenannten Vulnerabilitäts-Stress-Modellen, durch das Zusammenspiel aktueller oder chronischer Belastungen mit neurobiologischen und psychischen Veränderungen. Risikofaktoren können die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von depressiven Erkrankungen erhöhen. Dazu zählen unter anderem Lebensstilfaktoren, genetische, biologische sowie psychosoziale Faktoren oder auch schwere Lebensereignisse. Armut, Gewalt, Diskriminierung, Arbeitslosigkeit oder Einsamkeit stellen bedeutende soziale Risikofaktoren dar. Ein Mangel an verschiedenen Kompetenzen wie beispielsweise Erziehungs-, Konsum-, Medien- oder Gesundheitskompetenz stellt einen weiteren Risikofaktor für depressive Erkrankungen dar. Im Rahmen der österreichischen

Gesundheitsbefragung wurde zudem festgestellt, dass auch der Faktor Migration eine wesentliche Rolle bei der Entstehung depressiver Erkrankungen spielen kann (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, 2019).

1.2.4 Migration und depressive Erkrankungen

Personen mit Migrationshintergrund, die in Österreich leben, sind häufiger von depressiven Erkrankungen betroffen als Menschen ohne Migrationshintergrund (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, 2019). Im Zuge der SHARE-Studie, eine bevölkerungsrepräsentative Paneluntersuchung, konnte ebenfalls eine erhöhte Prävalenz depressiver Erkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund, festgestellt werden (Aichberger et al., 2010). Ähnliche Ergebnisse lieferte eine prospektive, multizentrische Kohortenstudie einer Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für gesundheitliche Kohortenstudien. Auch hier zeigte sich, dass Menschen mit Migrationshintergrund häufiger an depressiven Erkrankungen leiden als Personen ohne Migrationshintergrund. Insgesamt wurden in dieser Untersuchung die Daten von 204.878 Teilnehmer*innen ausgewertet. Beeinflussende Faktoren könnten dabei beispielsweise das Einkommen, soziale Beziehungen oder auch die emotionale Unterstützung darstellen. So wurden 37,1% der Teilnehmer*innen mit Migrationshintergrund der ersten Generation der niedrigsten Einkommensgruppe zugeordnet, während dieser Anteil bei Menschen ohne Migrationshintergrund lediglich 12,7% betrug. Dies weist auf ein deutlich höheres Armutsrisiko in der migrantischen Bevölkerung hin. Weiters ergab die Auswertung, dass Menschen mit Migrationshintergrund ein höheres Risiko für unzureichende emotionale Unterstützung sowie soziale Isolation, im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund aufweisen (Vonneilich et al., 2023).

1.2.5 Stigmatisierung und Versorgungslücke depressiver Erkrankungen

Menschen mit einer depressiven Erkrankung leiden nicht nur an ihrer Krankheit, sondern auch an den Folgen der häufig auftretenden Stigmatisierung, welche tief in der Gesellschaft verankert ist. Diese äußert sich durch verbale Diskriminierung oder Ausgrenzung im persönlichen Umfeld sowie durch Personen, welche im Gesundheitsbereich tätig sind. Betroffene übernehmen häufig selbst diese negativen gesellschaftlichen Zuschreibungen, verinnerlichen sie und richten sie gegen sich selbst. Dies kann zu verringertem Selbstwertgefühl führen und Schamgefühle auslösen (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und

Konsumentenschutz, 2019). Weiters kann es durch die Stigmatisierung zur rechtlichen Benachteiligung von Betroffenen kommen. Es besteht eine unausgewogene Verteilung der Ressourcen in der Versorgung von Menschen, welche an einer psychischen Erkrankung leiden. Während der Großteil der vorhandenen Mittel meist in die stationäre Versorgung sowie die psychopharmakologische Behandlung fließt, bleiben meist zu wenig finanzielle Ressourcen für individualisierte Behandlungsoptionen psychisch Erkrankter wie beispielsweise die Psychotherapie oder nicht ärztliche gemeindenahe Angebote (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, 2019).

Ein systematisches Review von Clement et al. (2015) liefert Hinweise darauf, dass das mit psychischer Erkrankungen verbundene Stigma eine hemmende Wirkung auf die Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei psychischen Erkrankungen hat. Außerdem zeigt eine Querschnittstudie aus Deutschland, dass Personen mit höherer Gesundheitskompetenz eine offeneren Haltung gegenüber psychotherapeutischer Behandlung haben (Schröder et al., 2025).

1.3 Gesundheitskompetenz – „Health Literacy“

Mangelnde Gesundheitskompetenz ist in vielen Ländern weit verbreitet. In Österreich weisen 56% der Bevölkerung eine mangelnde Gesundheitskompetenz auf (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2025). Gesundheitskompetenz, auch als "Health literacy" bezeichnet, beschreibt die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu suchen, zu verstehen, zu bewerten und sie für gesundheitsbezogene Entscheidungen zu nutzen. Dabei geht es nicht ausschließlich um Lese- und Schreibfähigkeiten, sondern ebenso um Wissen, Motivation und die Fähigkeit, sich im Alltag eine fundierte Meinung zu gesundheitsrelevanten Themen zu bilden. Ziel ist es, auf dieser Grundlage eigenverantwortlich Entscheidungen zu treffen, die das persönliche Wohlbefinden stärken, insbesondere im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung. Es wird zwischen allgemeiner und spezifischer Gesundheitskompetenz unterschieden. Die allgemeine Gesundheitskompetenz bezieht sich auf übergreifende Fähigkeiten im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen. Hingegen beschäftigt sich die spezifische Gesundheitskompetenz mit einzelnen Bereichen, wie beispielsweise Gesundheitsverhalten, Krankheiten oder digitale Gesundheit (Robert Koch Institut, 2025).

1.3.1 Psychische Gesundheitskompetenz – „Mental Health Literacy“

Der Begriff „Mental Health Literacy“ wurde erstmals im Jahr 1997 definiert und beschreibt das Wissen über psychische Erkrankungen, das dazu beiträgt, diese frühzeitig zu erkennen, angemessen damit umzugehen oder ihnen vorzubeugen (Jorm et al., 1997). Ein wesentlicher Bestandteil dieses Konzepts ist die Fähigkeit, erste Anzeichen psychischer Störungen oder seelischer Belastungen zu identifizieren. Weiters umfasst psychische Gesundheitskompetenz auch die Fähigkeit, gezielt nach verlässlichen Informationen zum Thema psychische Gesundheit zu suchen und diese kritisch zu bewerten. Eine ausgeprägte psychische Gesundheitskompetenz trägt wesentlich dazu bei, psychische Erkrankungen frühzeitig zu erkennen, besser bewältigen und im besten Fall sogar verhindern zu können (Jorm, 2000).

1.3.2 Risikofaktoren und Folgen einer eingeschränkten Gesundheitskompetenz

Nahezu die Hälfte der europäischen Bevölkerung weist eine mangelnde Gesundheitskompetenz auf. Die „European Health Literacy Survey“, welche 2009-2012 durchgeführt wurde zeigte, dass 12% der Teilnehmer*innen eine unzureichende allgemeine Gesundheitskompetenz und 35% eine problematische Gesundheitskompetenz aufweisen. Häufig betroffen von eingeschränkter Gesundheitskompetenz sind Menschen mit niedrigem Bildungsniveau oder geringem Einkommen. Weitere Risikofaktoren sind ein schlechter Gesundheitszustand sowie höheres Alter. Studien bestätigen zudem, dass Migration ebenfalls einen wesentlichen Risikofaktor für eine geringe Gesundheitskompetenz darstellt (World Health Organization, 2013).

Die Gesundheitskompetenz spielt eine zentrale Rolle für die eigene Gesundheit und Lebensqualität, jedes einzelnen Menschen. Eine niedrige Gesundheitskompetenz wirkt sich demnach negativ auf die Gesundheit aus. So zeigen Personen mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz häufig ein ungünstigeres Bewegungs- und Ernährungsverhalten und haben im Durchschnitt einen höheren Body-Mass-Index (BMI). Zudem schätzen sie ihren eigenen Gesundheitszustand meist schlechter ein und leiden häufiger an chronischen Erkrankungen sowie gesundheitsbedingten Einschränkungen als Menschen mit höherer Gesundheitskompetenz. Des Weiteren verursachen Sie mehr Kosten für das Gesundheitssystem aufgrund der vermehrten Inanspruchnahme von Arztbesuchen, Behandlungen und Notfalldiensten. Zusätzlich verbringt diese Personengruppe durchschnittlich mehr Tage im Krankenhaus als Menschen mit einer höheren Gesundheitskompetenz. Zahlreiche wissenschaftliche Studien

belegen mittlerweile den engen Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und Gesundheitszustand (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2025).

1.3.3 Integrated model of health literacy

Das „Integrated model of health literacy“ wurde im Zuge einer wissenschaftlichen Studie von Sørensen et al. (2012) veröffentlicht. Es handelt sich dabei um ein Modell, welches umfassende evidenzbasierte Dimensionen der Gesundheitskompetenz einschließt. Dabei integriert es sowohl medizinische als auch öffentliche Gesundheitsansätze und dient als Grundlage zur Entwicklung von Interventionen, welche die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung fördern sollen. Darüber hinaus bildet es eine konzeptionelle Basis zur Entwicklung und Validierung von Messinstrumenten, mit denen verschiedene Facetten der Gesundheitskompetenz erfasst werden können (Sørensen et al., 2012).

Das Modell ist eine Kombination aus einem konzeptionellen sowie einem logischen Modell. Das bedeutet, dass es sowohl die zentralen Dimensionen der Gesundheitskompetenz beschreibt als auch die Faktoren beleuchtet, die diese beeinflussen. Zudem zeigt es auf, wie Gesundheitskompetenz mit den gesundheitlichen Ergebnissen verbunden ist (Sørensen et al., 2012).

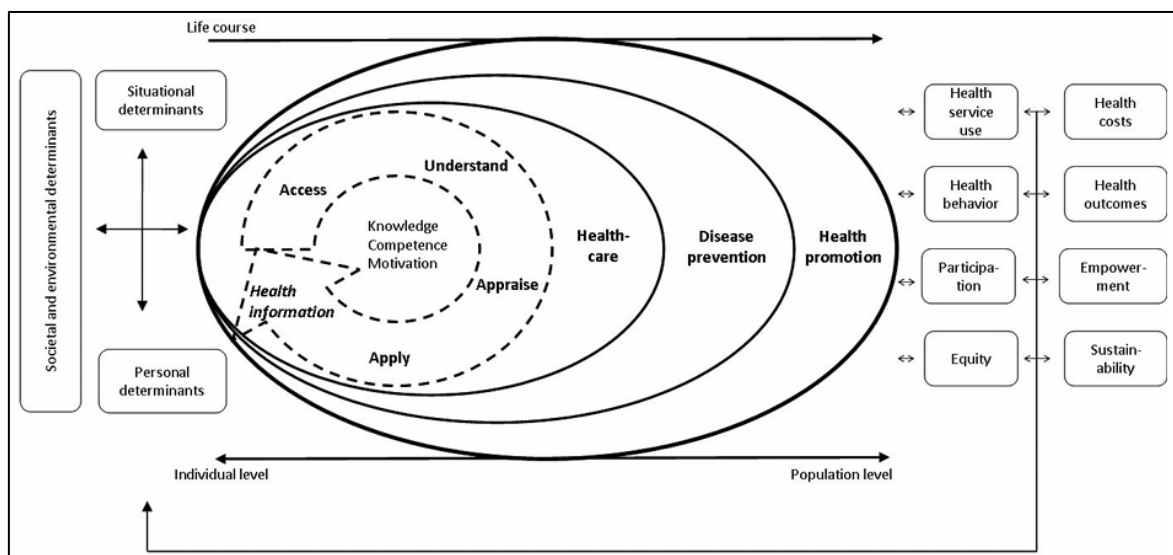


Abbildung 1: "Integrated Model of Health Literacy" nach Sørensen et al. (2012)

Im Zentrum des Modells stehen vier Kompetenzen, welche mit der optimalen Nutzung gesundheitsbezogener Informationen im Zusammenhang stehen. Zu diesen Kompetenzen zählen „Zugriff“, „Verstehen“, „Bewerten“ und „Anwenden“. Der Begriff „Zugriff“ bezieht sich auf die Fähigkeit, gesundheitsbezogene Informationen zu suchen und auch zu finden. Das „Verstehen“ beschreibt das Erfassen und Begreifen dieser Informationen. Unter dem „Bewerten“ wird die Fähigkeit verstanden, gefundenen Informationen zu interpretieren, zu beurteilen und zu evaluieren. Die vierte Fähigkeit „Anwenden“ bezieht sich darauf, die Informationen zu nutzen, um Entscheidungen zu treffen, welche sich positiv auf die Erhaltung sowie die Verbesserung der Gesundheit auswirken. Diese Kompetenzen erfordern spezifische kognitive Fertigkeiten und stellen die Dimensionen sowie den Prozess der Gesundheitskompetenz dar. Der Prozess unterstützt Menschen dabei, Wissen und Fähigkeiten zu entwickeln, um in drei gesundheitsrelevanten Bereichen handlungsfähig zu sein: als Patient im Gesundheitssystem, als Person, die ein Krankheitsrisiko aufweist, im Bereich der Krankheitsprävention und als Mitglied der Gesellschaft im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung. Da sich die Anforderungen an die Gesundheit im Laufe des Lebens verändern und die Fähigkeit, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden, von der geistigen und sozialen Entwicklung abhängt, entwickeln sich die Gesundheitskompetenzen kontinuierlich weiter (Sørensen et al., 2012). Die Rahmenwerke, die mit den drei Bereichen der Gesundheitskompetenz verbunden sind, zeigen eine Entwicklung von einer individuellen hin zu einer gesamtgesellschaftlichen Perspektive. Das Modell verbindet die medizinische Sichtweise der Gesundheitskompetenz mit einer breiteren „Public-Health“-Perspektive. Ein stärkerer Fokus auf Gesundheitskompetenz außerhalb von Gesundheitseinrichtungen könnte helfen, Krankheitsprävention in der Bevölkerung zu verbessern und den Druck auf die Gesundheitssysteme zu verringern. Durch die Kombination der vier Dimensionen der Informationsverarbeitung mit den drei Bereichen entsteht somit eine Matrix von insgesamt zwölf Dimensionen der Gesundheitskompetenz. Diese zwölf Dimensionen werden in die Kategorien „Gesundheitsversorgung“, „Krankheitsprävention“ und „Gesundheitsförderung“ unterteilt. Die Einflussfaktoren auf die Gesundheitskompetenz werden in dem Modell in distale und proximale Faktoren unterteilt. Die distalen Faktoren umfassen gesellschaftliche und umweltbedingte Determinanten wie beispielsweise demografische Merkmale oder Kultur. Hingegen umfassen die proximalen Faktoren persönliche Aspekte wie Geschlecht, Alter, Ethnizität, sozioökonomischer Status oder Bildung sowie situative Faktoren wozu soziale Unterstützung, familiäre Einflüsse oder Mediennutzung zählen (Sørensen et al., 2012).

Gesundheitskompetenz beeinflusst maßgeblich das Gesundheitsverhalten, die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten, gesundheitliche Ergebnisse sowie die Kosten im Gesundheitssystem. Durch die Förderung der Gesundheitskompetenz wird schrittweise mehr Autonomie und Eigenverantwortung ermöglicht. Der Prozess der Weiterentwicklung von Gesundheitskompetenz kann als Teil des individuellen Wachstums hin zu einer besseren Lebensqualität verstanden werden. Dies kann einen Schritt zu mehr Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit im Bereich der öffentlichen Gesundheit darstellen (Sørensen et al., 2012).

1.4 Relevanz des Themas

In Österreich sind 6,5% der Erwachsenen im Laufe ihres Lebens von einer depressiven Erkrankung betroffen. Im Zuge einer Studie konnte festgestellt werden, dass in Österreich wohnhafte Menschen mit Migrationshintergrund signifikant häufiger von depressiven Erkrankungen betroffen sind als Menschen ohne Migrationshintergrund (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, 2019). Gleichzeitig nimmt der Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund in Österreich immer weiter zu (Statistik Austria, 2023).

Depressive Erkrankungen gehen mit zahlreichen gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Konsequenzen einher. Neben der medikamentösen Therapie stellt die Psychotherapie die bedeutendste Therapiemaßnahme dar (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2025). Aufgrund des derzeit steigenden Bedarfes an psychosozialer Hilfe, verlängert sich die Wartezeit auf Psychotherapieplätze (Bundespsychotherapeutenkammer, 2021). Der vermehrte Einsatz digitaler Technologien könnte möglicherweise schnelleren Zugang, zu Interventionen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit, gewährleisten. Laut Gagnon et al. (2022) lassen sich solche Interventionen beispielsweise über Webseiten, mobile Anwendungen oder den Versand von Textnachrichten bereitstellen.

Die gezielte Stärkung der psychischen Gesundheitskompetenz stellt einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der psychischen Gesundheit und zur Vorbeugung psychischer Erkrankungen dar (Jorm, 2012). Die Förderung der psychischen Gesundheitskompetenz wird auch von der World Health Organization (WHO) empfohlen (WHO, 2022). In Österreich zeigt sich, dass 56% der Bevölkerung über eine unzureichende Gesundheitskompetenz verfügen

(Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2025).

Weiters stellt die Förderung der Gesundheitskompetenz das dritte der zehn österreichischen Gesundheitsziele dar, welche vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz erarbeitet und vorgestellt wurden. Angestrebt wird dabei, die Teilhabe und Entscheidungsfreiheit der Patient*innen im Gesundheitssystem zu stärken. Besonderes Augenmerk gilt dabei sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2025). Dazu zählen Menschen mit Migrationshintergrund, da die WHO einen Zusammenhang zwischen unzureichender Gesundheitskompetenz und Migration beschreibt (WHO, 2013). Aufgrund dessen ist es von Bedeutung, zielgruppenspezifische Interventionsangebote zu identifizieren, welche vulnerable Personengruppen, wie Menschen mit Migrationshintergrund, adressieren (Schaeffer et al., 2021).

Auch im Pflegebereich spielt die Förderung der Gesundheitskompetenz eine wichtige Rolle. Pflegepersonen leisten einen wichtigen Beitrag zur Kommunikation und edukativen Begleitung von Patient*innen im Gesundheitswesen (Kolpatzik et al., 2018). In §14 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG) sind die pflegerischen Kernkompetenzen verankert. Diese umfassen unter anderem die Förderung der Gesundheitskompetenz, Gesundheitsförderung und Prävention (Bundeskanzleramt der Republik Österreich, 2025).

1.5 Forschungslücke

International wird dem Thema Gesundheitskompetenz schon seit längerem hohe Aufmerksamkeit geschenkt. In den letzten Jahren gewinnt dieses Konzept auch im deutschsprachigen Raum immer mehr an Bedeutung. Es existieren bereits einige Studien, welche sich mit der Förderung der Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund beschäftigen. Das Review von Baumeister et al. (2023) beschäftigt sich mit Interventionen zur Förderung der allgemeinen Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund, fokussiert sich jedoch nicht auf die psychische Gesundheitskompetenz dieser Zielgruppe.

Des Weiteren existiert bereits eine Vielzahl an Primärstudien sowie Reviews, welche sich mit Interventionen zur Linderung depressiver Symptome auseinandersetzen. Auch digitale Interventionen wurden in den vergangenen Jahren bereits im Rahmen verschiedener Studien hinsichtlich ihrer Wirksamkeit untersucht. In der Meta-Analyse von Moshe et al. (2021)

wurde die Wirksamkeit von digitalen Interventionen bei depressiven Symptomen untersucht. Bisher fehlt es jedoch an Reviews, welche sich mit digitalen Interventionen zur Linderung depressiver Symptome bei vulnerablen Bevölkerungsgruppen auseinandersetzen. Somit ist es von Bedeutung die Wirksamkeit dieser Interventionen bei Menschen mit Migrationshintergrund zu erforschen.

1.6 Ziel und Forschungsfrage

Ziel dieser Arbeit ist es, die Wirksamkeit digitaler sowie telekommunikationsgestützter Interventionen zur Linderung von depressiven Symptomen bei Menschen mit Migrationshintergrund zu überprüfen. Außerdem soll die Wirksamkeit bisher identifizierter Interventionen zur Förderung der psychischen Gesundheitskompetenz bei Menschen mit Migrationshintergrund untersucht werden. Somit ergeben sich die folgenden zwei Forschungsfragen:

1. Welche Interventionen mit digitalem oder telekommunikationsgestütztem Ansatz zur Linderung von depressiven Symptomen bei Erwachsenen mit Migrationshintergrund gibt es und wie effektiv sind diese?
2. Welche Interventionen zur Steigerung der psychischen Gesundheitskompetenz von Erwachsenen mit Migrationshintergrund gibt es, und wie effektiv sind diese?

2 Methode

In diesem Kapitel wird das methodische Vorgehen, welchem dieses Review zu Grunde liegt, detailliert erläutert. Es werden Design, Literaturrecherche, Ein- und Ausschlusskriterien sowie die Bewertung der Studien beschrieben.

2.1 Design

Mit dem Ziel, die beiden Forschungsfragen zu beantworten und die aktuelle Evidenz zu diesem Thema zusammenzufassen, wurde ein systematisches Literaturreview gewählt. Dabei handelt es sich um eine wissenschaftliche Methode zur strukturierten Erfassung und Bewertung relevanter Literatur mit dem Ziel, fundierte Schlussfolgerungen zur Beantwortung einer Forschungsfrage zu ziehen. Dazu wird der aktuelle Forschungsstand systematisch aufgearbeitet, Forschungslücken werden sichtbar gemacht und zukünftiger Forschungsbedarf abgeleitet (Tranfield et al., 2003; Feak & Swales, 2009).

Im Folgenden werden die Schritte der systematischen Literaturrecherche sowie die kritische Bewertung der Literatur dargestellt.

2.2 Systematische Literaturrecherche in den Datenbanken

Um relevante Literatur zur Beantwortung der beiden Forschungsfragen zu identifizieren, wurde systematisch nach Literatur in den Datenbanken Public Medical Literature Online (PubMed), Commulated Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) sowie Embase, Medline und Cochrane Library via Ovid gesucht. Außerdem wurde eine Handsuche der ersten zehn Seiten in Google Scholar sowie in den Referenzlisten der inkludierten Studien durchgeführt.

Die Literaturrecherche wurde von 29.09.2024 bis 14.10.2024 durchgeführt. Um für die beiden Forschungsfragen relevante Literatur zu identifizieren, wurde in den Datenbanken für jede Forschungsfrage ein eigener Suchstrang gebildet. Zu Beginn wurden wesentliche Schlüsselwörter für die Literaturrecherche festgelegt. Zu den Schlüsselwörtern wurde jeweils nach passenden Synonymen gesucht, welche in Tabelle 1 ersichtlich sind. In der Datenbank PubMed wurde außerdem nach passenden Medical Subject Headings (MeSH-Terms) gesucht (siehe Tabelle 2). Dabei wurden für den Suchstrang der ersten Forschungsfrage die MeSH-Terms „depression“ und „emigrants and immigrants“ verwendet. Für die

zweite Forschungsfrage wurde der MeSH-Term „emigrants and immigrants“ gewählt. Es wurde versucht, die Schlüsselwörter der Suchstränge in den unterschiedlichen Datenbanken für eine präzise Suche so einheitlich wie möglich zu halten.

Tabelle 1: Keywords und Synonyme

Schlüsselwort	Synonyme
Forschungsfrage 1:	
depression	<ul style="list-style-type: none"> • depressive disorder • depressive symptoms
migration	<ul style="list-style-type: none"> • migration background • emigrant • immigrant • migrant • migration
telecommunication	<ul style="list-style-type: none"> • mobile phone • telephone
digital	<ul style="list-style-type: none"> • internet-based • telehealth
Forschungsfrage 2:	
mental health literacy	<ul style="list-style-type: none"> • depression literacy • mental health knowledge
migration	<ul style="list-style-type: none"> • migration background • migrant • migration • emigration • immigration • emigrant • immigrant

Die gewählten Schlüsselwörter sowie deren Synonyme wurden mit den Booleschen Operatoren „OR“ und „AND“ zu einem Suchstrang verknüpft. Außerdem wurden Trunkierungen

verwendet, um alle relevanten Wörter miteinzuschließen. In der folgenden Tabelle werden die Suchstränge der einzelnen Datenbanken dargestellt.

Tabelle 2: Suchstränge

Datenbank	Suchstrang
Forschungsfrage 1:	
PubMed	(((((("depressive symptoms"[Title])) OR ("depressive disorder*" [Title])) OR ("Depression" [Mesh]) AND (migration[Title])) OR ("migration background"[Title])) OR (migrant*[Title])) ("Emigrants and Immigrants" [Mesh]) AND (telecommunication*[Title])) OR (digital[Title])) OR ["mobile phone*" [Title])
Cinahl	"MM "depression" AND MM "migration background" OR MM "migrant*" OR MM "immigrant*" AND MM "telecommunication" OR MM "mobile phone*" OR MM "telephone" OR MM "digital" OR MM "internet-based"
Ovid (Medline, Embase und Cochrane)	((("depression" or "depressive symptoms" or "depressive disorder*") and ("telecommunication" or "telephone*" or "mobile phone*" or "telehealth" or "digital" or "internet-based") and ("migration" or "immigrant*" or "migrant*" or "migration background"))
Forschungsfrage 2:	
PubMed	(((((("mental health literacy"[Title]) OR ("mental health knowledge"[Title])) OR ("depression literacy"[Title])) AND (migration[Title])) OR ("migrant*" [Title])) OR ("migration background"[Title])) OR (emigration[Title])) OR (immigration[Title])) OR ("emigrant*" [Title])) OR ("immigrant*" [Title])) OR ("emigrants and immigrants" [Mesh])
Cinahl	"AB "mental health literacy" OR AB "mental health knowledge" OR AB "depression literacy" AND AB "migration background" OR AB "migrant*" OR AB "immigrant*"
Ovid (Medline, Embase und Cochrane)	((("mental health literacy" or "mental health knowledge" or "depression literacy") and ("migration" or "immigrant*" or "migrant*" or "migration background"))

Für eine präzisere Suche wurden in den Datenbanken Filter bezüglich der Art des Artikels (Clinical Trials, Controlled Trials, und Randomized Controlled Trials), des Publikationsjahres (2009-2024), der Altersgruppe der Proband*innen (Erwachsene) und der Sprache, in der die Publikation verfasst wurde (Deutsch und Englisch), gesetzt. Außerdem wurde nur nach Publikationen gesucht, welche die Schlüsselwörter im Titel oder im Abstract beinhalten. Insgesamt ergab die Datenbankrecherche für die erste Forschungsfrage 1098 Treffer, davon 748 in PubMed, 96 in Embase, Medline sowie Cochrane via Ovid und 254 in der Datenbank Cinahl. Die Recherche nach bedeutsamer Literatur zur Beantwortung der zweiten Forschungsfrage ergab insgesamt 533 Treffer, davon 396 in PubMed, 17 in Embase, Medline sowie Cochrane via Ovid und 120 in der Datenbank Cinahl.

2.3 Handsuche

Ergänzend wurde eine Handsuche in Google Scholar sowie in den Referenzlisten der inkludierten Studien vorgenommen. In Google Scholar wurden zwei Suchläufe durchgeführt. Als Filter wurde der Zeitraum der Publikation auf 2009-2024 festgelegt. Bei der ersten Suche wurden die Schlüsselwörter „depressiv symptoms“, „depressive disorder“ und „migrants“ eingesetzt. Diese Suche ergab 17.600 Treffer. Die zweite Suche wurde mit den Schlüsselwörtern „mental health literacy“, „depression literacy“ und „migrants“ durchgeführt, welche 1.970 Treffer ergab. Es wurden jeweils die ersten zehn Seiten auf relevante Literatur gescreent. Zusätzlich wurden die Referenzlisten der inkludierten Studien auf relevante Literatur gesichtet.

2.4 Ein- und Ausschlusskriterien

Um die Relevanz der Literatur bestimmen zu können, wurden vorab Ein- und Ausschlusskriterien definiert, welche in der folgenden Tabelle (Tabelle 3) beschrieben sind.

Tabelle 3: Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Forschungsfrage 1:	
Menschen mit Migrationshintergrund	Flüchtlinge und Asylsuchende
Erwachsene ab 18 Jahre	Kinder bis 17 Jahre
Digitale sowie telekommunikationsgestützte Interventionen, welche darauf abzielen, depressive Symptome zu lindern	Interventionen ohne digitale oder telekommunikationsgestützte Komponente, welche darauf abzielen, depressive Symptome zu lindern
Forschungsfrage 2:	
Menschen mit Migrationshintergrund	Flüchtlinge und Asylsuchende
Erwachsene ab 18 Jahre	Kinder bis 17 Jahre
Interventionen, welche darauf abzielen, die psychische Gesundheitskompetenz zu fördern	Interventionen, welche darauf abzielen, die allgemeine Gesundheitskompetenz zu fördern

Die gesamten Treffer, welche durch die Recherche in den Datenbanken bei der Handsuche in Google Scholar sowie den Referenzlisten erzielt werden konnten, wurden auf ihre Relevanz geprüft. Zuvor wurden die Duplikate im Literaturverwaltungsprogramm EndNote entfernt. Zur Beantwortung der ersten Forschungsfrage wurden nach der Duplikatentfernung 1082 Titel gescreent. Nach dem Titelscreening blieben 51 Studien übrig, bei denen in weiterer Folge ein Abstractscreening durchgeführt wurde. Nach dem Abstractscreening konnte bei 19 Studien ein Volltextscreening vorgenommen werden. Insgesamt wurden elf Studien identifiziert, welche zur Beantwortung der ersten Forschungsfrage herangezogen wurden. Zur Beantwortung der zweiten Forschungsfrage wurden nach Duplikatentfernung 488 Treffer auf ihre Relevanz gescreent. Danach wurde ein Abstractscreening bei 44 Studien durchgeführt. Bei elf Studien wurde der Volltext auf die Relevanz geprüft. Schlussendlich konnten sechs Studien zur Beantwortung der zweiten Forschungsfrage herangezogen werden. Die Darstellung der Literaturrecherche, deren Ergebnisse sowie die Ausschlussgründe sind folgend in den zwei jeweiligen Flow-Charts (Abbildungen 1 und 2) ersichtlich.

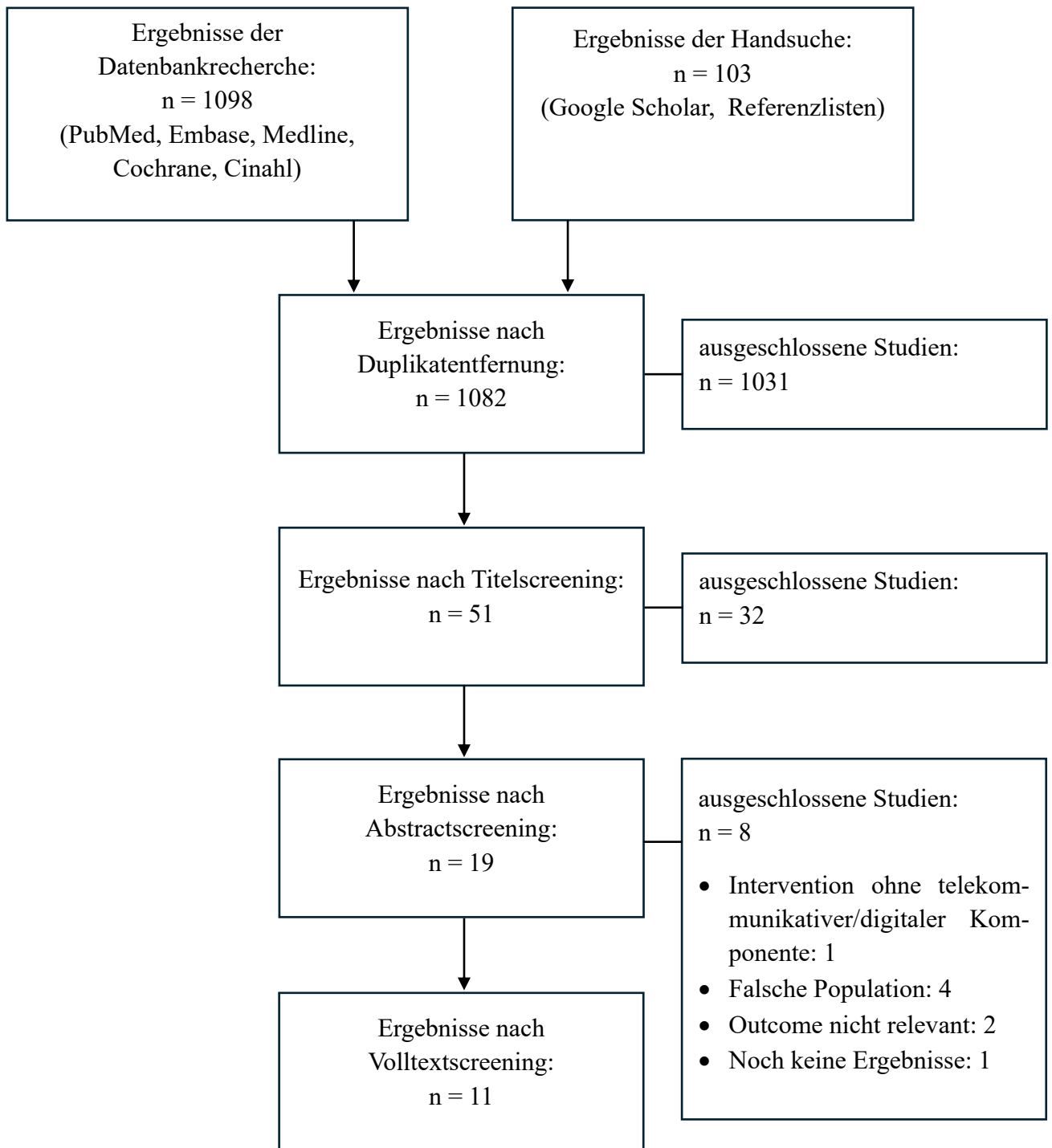


Abbildung 2: Flow-Chart Forschungsfrage 1

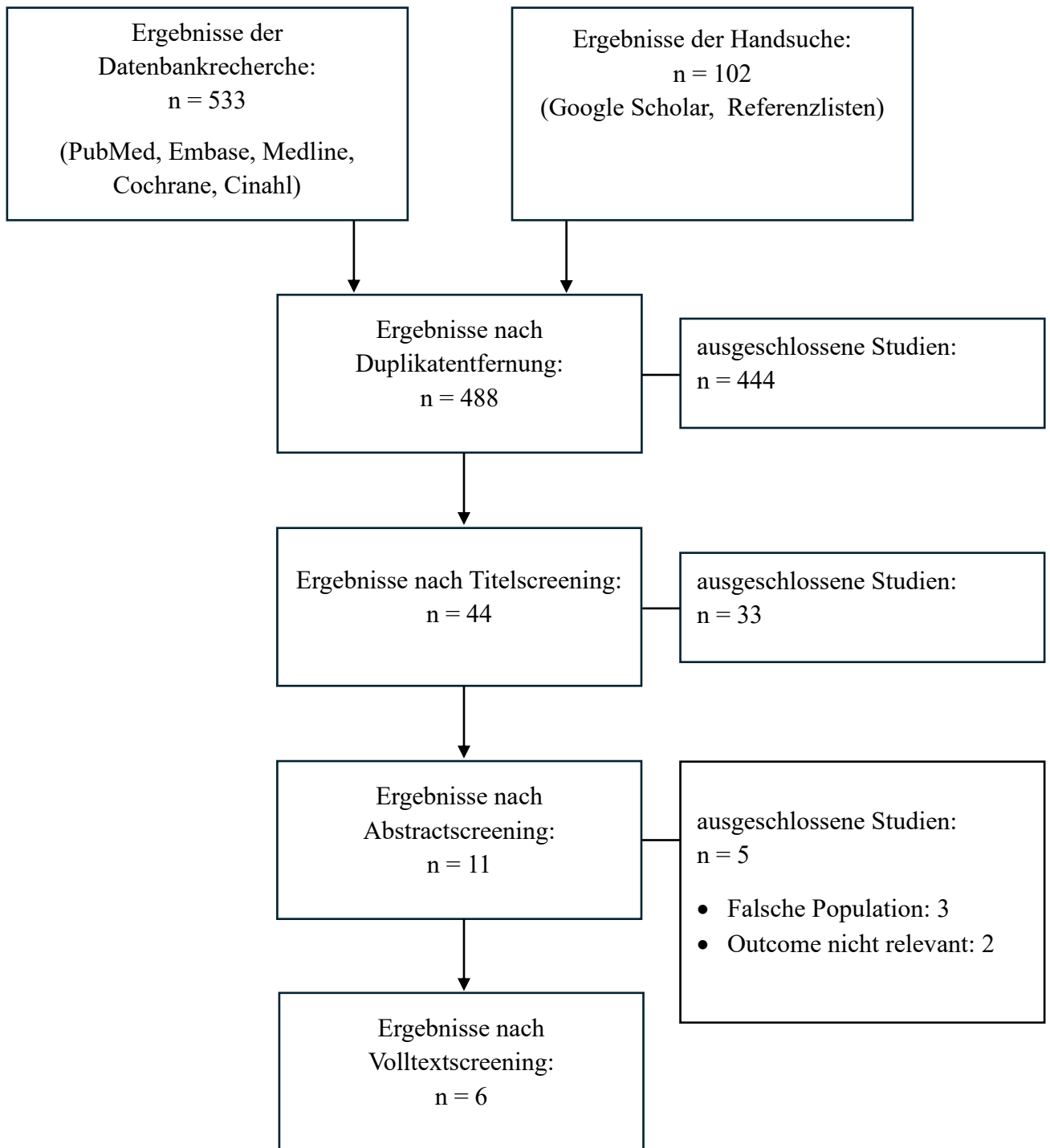


Abbildung 3: Flow-Chart Forschungsfrage 2

2.5 Qualitätsbewertung

Die inkludierten Studien wurden jeweils von der Autorin und einer zweiten Reviewerin, unabhängig voneinander, auf ihre Qualität hin bewertet. Die zweite Reviewerin arbeitet als diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin in einer Notaufnahme und verfügt aufgrund eines abgeschlossenen Masterstudiums in Pflegewissenschaft über wissenschaftliche Expertise. Zur kritischen Bewertung wurde die Critical Appraisal Skills Programme Randomised Controlled Trial Standard Checklist (CASP-Checkliste) verwendet.

Die Checkliste besteht aus elf Fragen, welche in vier Abschnitte (A-D) gegliedert sind. In Abschnitt A wird die Validität des Studiendesigns geprüft, während sich Abschnitt B mit dem methodischen Vorgehen der Studie beschäftigt. In Abschnitt C werden die Ergebnisse der Studie beleuchtet und in Abschnitt D die Übertragbarkeit der Ergebnisse geprüft. Jede Frage kann mit „Yes“, „No“ oder „Can't tell“ beantwortet werden. Außerdem soll jeweils eine Begründung der Entscheidung für eine Antwort abgegeben werden. Die entscheidenden Aspekte der Fragen werden unter jeder Frage einzeln beschrieben (Critical Appraisal Skills Programme, 2021). Für jede Frage wird jeweils 1 Punkt („Yes“), 0,5 Punkte („Can't tell/?“) oder 0 Punkte („No“) vergeben. Die Summe der Punkte ergibt eine „hohe Qualität“ (9-11 Punkte), eine „moderate Qualität“ (6-8,5 Punkte) oder eine „niedrige Qualität“ (<6 Punkte).

Im nächsten Kapitel dieser Arbeit werden die Studiencharakteristika der inkludierten Studien, deren Ergebnisse sowie die Ergebnisse der Qualitätsbewertung beschrieben.

3 Ergebnisse

In diesem Kapitel der Arbeit, werden die Ergebnisse der eingeschlossenen Studien und deren Charakteristika tabellarisch sowie narrativ dargestellt. Des Weiteren werden die Ergebnisse der Qualitätsbewertung beschrieben.

3.1 Qualität der Studien

Die Qualitätsbewertung der einzelnen Studien fiel unterschiedlich aus. Zwei der 17 inkludierten Studien wiesen mit jeweils 9 Punkten eine hohe Qualität auf (Yeung et al., 2016; Unger et al., 2013). Die Mehrheit der Studien erreichte Bewertungen im Bereich von 6 bis 8,5 Punkten und zeigte damit eine moderate Qualität (Li et al., 2024; Choi et al., 2012; Lindgaard et al., 2021; Nygren et al., 2019; Dwight-Johnson et al., 2011; Ünlü Ince et al., 2013; Yeung et al., 2010; Alvarez et al., 2024; Ashing & Rosales, 2014; Hernandez & Organista, 2013; Kiropoulos et al., 2011; Choi, 2017). Des Weiteren wiesen drei Studien mit Punktezahlen im Bereich von 4,5 bis 5,5 eine niedrige Qualität auf (Garcia et al., 2019; Lopez et al., 2009; Casas et al., 2014).

Tabelle 4: Qualitätsbewertung nach CASP

Studie	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	Score
Choi et al. (2012)	Y	Y	Y	N	N	?	N	N	Y	Y	?	6/11
Lindegaard et al. (2021)	Y	Y	Y	N	N	?	?	Y	Y	Y	?	7,5/11
Nygren et al. (2019)	Y	Y	Y	N	N	?	Y	Y	Y	Y	?	8/11
Dwight-Johnson et al. (2011)	Y	Y	Y	N	?	?	N	Y	Y	Y	Y	8/11
Ünlü Ince et al. (2013)	Y	Y	Y	N	N	?	Y	Y	Y	Y	Y	8,5/11
Li et al. (2024)	Y	Y	Y	N	?	?	Y	Y	Y	Y	?	8,5/11
Yeung et al. (2010)	Y	Y	?	N	N	Y	Y	Y	Y	N	?	7/11
Yeung et al. (2016)	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	9/11
Garcia et al. (2019)	Y	N	Y	N	N	?	N	Y	Y	N	?	5/11
Alvarez et al. (2024)	Y	Y	?	N	N	?	Y	Y	Y	N	?	6,5/11
Ashing & Rosales (2014)	Y	Y	?	N	N	N	N	Y	Y	Y	Y	6,5/11
Hernandez & Organista (2013)	Y	Y	?	N	N	?	Y	Y	Y	Y	Y	8/11
Kiropoulos et al. (2011)	Y	Y	Y	N	N	?	Y	Y	Y	Y	Y	8,5/11
Choi (2017)	Y	N	Y	N	N	?	Y	?	Y	Y	Y	7/11
Unger et al. (2013)	Y	Y	Y	N	?	?	Y	Y	Y	Y	Y	9/11
Lopez et al. (2009)	Y	N	N	N	N	N	N	Y	Y	Y	Y	5/11
Casas et al. (2014)	Y	N	N	N	N	N	?	N	Y	Y	Y	4,5/11

3.2 Charakteristika der Studien

Tabelle 5: Studiencharakteristika - Forschungsfrage 1

Autor*innen (Jahr)	Land	Design	Forschungsziel	Stichprobe	Intervention	Qualität
Choi et al. (2012)	Australien	Randome- rized Con- trolled Trial (RCT)	Untersuchung der Wirksamkeit und Akzeptanz einer über das Internet vermittelten kognitiven Verhaltenstherapie zur Behand- lung von Depressionen	55 in Austra- lien lebende Erwachsene aus China	„Brighten your mood program“: 8-wö- chige kulturell angepasste, internetba- sierte kognitive Verhaltenstherapie mit Hausaufgaben und wöchentlicher telefo- nischer Unterstützung	6/11
Lindegaard et al. (2021)	Schweden	Pilot RCT	Untersuchung der Wirksamkeit einer über das Internet durchge- führten kognitiven Verhaltens- therapie, welche auf die Be- handlung von Depressionen, Angst- und Schlafstörungen ab- zielt	59 arabisch sprechende er- wachsene Mig- rant*innen in Schweden	Internet-gestützte kognitive Verhaltens- therapie: bestand aus neun Modulen, Hausaufgaben und zusätzlichen Text- nachrichten von Therapeut*innen	7,5/11
Nygren et al. (2019)	Schweden	RCT	Untersuchung der Wirksamkeit einer kulturell angepassten, in- ternetbasierten kognitiven	50 erwachsene kurdische	Internetgestützte kognitive Verhaltens- therapie: 8-wöchiges Programm, wel- ches aus sieben Modulen bestand,	8/11

			Verhaltenstherapie zur Behandlung von Depressionen	Migrant*innen in Schweden	welches über eine Onlineplattform zur Verfügung gestellt wurde	
Dwight-Johnson et al. (2011)	USA	Randomized pilot study	Untersuchung der Wirksamkeit einer kulturell angepassten, telefonbasierten kognitiven Verhaltenstherapie zur Linderung depressiver Symptome	101 erwachsene Lateinamerikaner*innen in den USA	Telefongestützte, kulturell angepasste kognitive Verhaltenstherapie: bestand aus acht Telefonsitzungen, wobei Kapitel aus einem Arbeitsbuch mit Übungen und schriftlichen Aufgabestellungen zum Thema Verhaltensaktivierung zur Befreiung negativer Gedanken bearbeitet wurden	8/11
Ünlü Ince et al. (2013)	Niederlande	RCT	Untersuchung der Wirksamkeit einer internetbasierten, kultursensiblen, angeleiteten Selbsthilfe- und Problemlösungsintervention bei depressiven Symptomen	96 erwachsene türkische Migrant*innen in den Niederlanden	„Alles Onder Controle“: internetbasierte, angeleitete Selbsthilfeintervention, die auf einer Problemlösungstherapie basierte, aus fünf Sitzungen bestand und wöchentliche Hausaufgaben sowie Feedback per E-Mail inkludierte	8,5/11
Li et al. (2024)	USA	Pilot RCT	Untersuchung der Wirksamkeit der „SHE-Intervention“ zur Reduktion sexuellen Missbrauchs und der Verbesserung der psychischen Gesundheit	50 erwachsene chinesische Migrantinnen in den USA	„SHE-Intervention“: sieben wöchentliche Einheiten, wobei die erste davon über das Mobiltelefon und die restlichen über eine App (WeChat mini-program) abgehalten wurden und Inhalte zum	8,5/11

					Thema intime Partnergewalt sowie Audioanweisungen zu Übungen enthielten	
Yeung et al. (2010)	USA	RCT	Untersuchung der Durchführbarkeit und Wirksamkeit einer kultursensiblen, kollaborativen Behandlung zur Verbesserung der Erkennung und Behandlung von Depressionen	100 erwachsene chinesische Migrant*innen in den USA	Kultursensible kollaborative Behandlung: bestand aus einer kultursensiblen, psychiatrischen Beurteilung mit Therapieempfehlung und einer 6-monatigen Versorgung durch einen Betreuungsmanger, welcher den Teilnehmer*innen das Thema „depressive Störungen“ telefonisch näher brachte	7/11
Yeung et al. (2016)	USA	RCT	Untersuchung der Wirksamkeit einer telepsychiatrie-basierten, kultursensiblen, kollaborativen Behandlung zur Verbesserung der Behandlungsergebnisse bei depressiven Symptomen	190 erwachsene chinesische Migrant*innen in den USA	Telepsychiatriebasierte, kultursensible, kollaborative Behandlung: bestand aus einer kultursensiblen, psychiatrischen Beurteilung mit Behandlungsempfehlung und einer 6-monatigen kollaborativen Versorgung durch einen Fallmanager per Telefon	9/11
Garcia et al. (2019)	Spanien	Explorative, quasi experimentelle Studie	Entwicklung und Testung eines psychosozialen Ferntherapie-systems mittels	71 erwachsene Migrantinnen in Spanien	Psychotherapie mit mobilem Kommunikationssystem: einmalige persönliche Therapiesitzung sowie über 26 Tage hinweg Zusendung von Textnachrichten auf	5/11

			Textnachrichten, zur Verbesserung der persönlichen Gesundheit		das Mobiltelefon, welche sich mit täglichen Lebensgewohnheiten sowie positiven und gesunden Verhaltensweisen beschäftigten	
Alvarez et al. (2024)	USA	RCT	Untersuchung der Durchführbarkeit und Akzeptanz der telemedizinischen Intervention „Cuidándome“, sowie deren Wirksamkeit bei depressiven Symptomen und Angststörungen	47 lateinamerikanische Frauen mit Kindheitstraumata in den USA	Kulturell angepasste, gruppenbasierte, telemedizinische Intervention: zehn Sitzungen via Zoom welche sich mit psychischer Gesundheit und Selbstmanagementstrategien zur Überwindung depressiver Symptome beschäftigten	6,5/11
Ashing & Rosales (2014)	USA	RCT	Untersuchung der Wirksamkeit einer paraprofessionell durchgeführten, telefonbasierten, psychoedukativen Intervention auf depressive Symptome	199 lateinamerikanische Brustkrebspatientinnen in den USA	Paraprofessionell durchgeführte, telefonbasierte, psychoedukative Intervention: bestand aus acht Telefonsitzungen wobei das Thema „Brustkrebs“ umfassend behandelt wurde und ein „survivorship booklet“ die Teilnehmerinnen mit zusätzlichen Informationen versorgte	6,5/11

Tabelle 6: Studiencharakteristika - Forschungsfrage 2

Autor*innen (Jahr)	Land	Design	Forschungsziel	Stichprobe	Intervention	Qualität
Hernandez & Organista (2013)	USA	RCT	Untersuchung der Wirksamkeit einer spanischsprachigen Fotonovela auf die Depressionskompetenz sowie die Stigmatisierung bei Migrantinnen lateinamerikanischer Abstammung	142 lateinamerikanische Migrantinnen	Fotonovela „Secret feelings“: enthielt Krankheitswahrnehmung und hilfesuchendes Verhalten bei Depressionen und wurde in einer Gruppensitzung vorgelesen, wobei Symptome einer Depression identifiziert, Behandlungsmöglichkeiten aufgezeigt und häufig auftretende Ängste bezüglich der Behandlung beschrieben wurden	8/11
Unger et al. (2013)	USA	RCT	Untersuchung der Wirksamkeit einer Fotonovela zur Steigerung des Wissens über Depressionen, Verringerung der Stigmatisierung, Erhöhung der Selbstwirksamkeit eine Depression zu erkennen und die Absicht, sich behandeln zu lassen, im	139 Erwachsene mit lateinamerikanischer oder spanischer Herkunft	Fotonovela „Secret feelings“: enthielt Krankheitswahrnehmung und hilfesuchendes Verhalten bei Depressionen, wobei Symptome einer Depression erläutert, Behandlungsmöglichkeiten aufgezeigt und häufig auftretende Ängste bezüglich der Behandlung beschrieben wurden	9/11

			Vergleich zu einer Informationsbroschüre			
Kiropoulos et al. (2011)	Australien	RCT	Untersuchung der Wirksamkeit einer internetbasierten, mehrsprachigen, depressionsspezifischen Informationsquelle zu den Themen Depressionskompetenz, Stigma und depressive Symptome	202 griechische und italienische erwachsene Migrant*innen in Australien	„MIDonline“-Website: eine mehrsprachige Onlineplattform, welche Informationen für nicht englischsprachige Verbraucher*innen rund um das Thema Depressionen bereitstellte, wobei die Präsentation der Informationen auf einer kulturell relevanten Weisen für griechische sowie italienische Migrant*innen basierte	8,5/11
Choi (2017)	Südkorea	Non-equivalent control group pretest-posttest-design (quasi-experimentelles Design)	Entwicklung und Untersuchung der Wirksamkeit eines Programms zur Verbesserung der psychischen Gesundheit sowie Steigerung der psychischen Gesundheitskompetenz	63 Frauen, welche durch die Ehe mit einem koreanischen Mann nach Südkorea immigrierten	Psychischer Gesundheitsdienst durch Gatekeeper: wöchentliche Hausbesuche der Teilnehmerinnen durch Gatekeeper, welche ebenfalls aus deren Herkunftsland stammten, über acht Wochen; dabei wurden psychische Gesundheitsdienste basierend auf einem entwickelten Leitfaden zur Verbesserung der psychischen Gesundheit angeboten	7/11

Lopez et al. (2009)	USA	One-group- pretest-post- test-design (quasi-expe- rimentelles Design)	Untersuchung der Wirksamkeit von „La CLave“ auf die Steige- rung der „psychosis literacy“	57 Erwachsene mit lateiname- rikanischer Herkunft, wel- che an Schizo- phrenie leiden; 38 erwachsene, pflegende An- gehörige von Personen mit Schizophrenie	„La CLave“: 35-minütiges psychoedu- katives Programm, welches im Rahmen einer Gruppensitzung abgehalten wurde und aus 42 Power-Point-Folien mit Au- dioclips, Videoclips und Bildern bestand	5/11
Casas et al. (2014)	USA	One-group- pretest-post- test-design (quasi-expe- rimentelles Design)	Untersuchung der Wirksamkeit der DVD-Präsentation von „La CLave“ auf die Steigerung der „psychosis literacy“	93 spanisch- sprachige Er- wachsene mit lateinamerika- nischer Her- kunft	„La CLave“ DVD-Präsentation: Präsen- tation von „La CLave“ in Form eines Vi- deos im Rahmen einer Gruppensitzung, welches von einem „community worker“ präsentiert wurde und die Bedeutung psychischer Erkrankungen sowie die Symptome von Psychosen vermittelte	4,5/11

3.3 Interventionen zur Linderung von depressiven Symptomen

Im Folgenden werden Ergebnisse von Studien zur Linderung von depressiven Symptomen und somit zur Beantwortung der ersten Forschungsfrage beschrieben.

Die Studien werden hinsichtlich der Interventionen in zwei Untergruppen eingeteilt. Nachfolgend werden Studien beschrieben, deren Intervention als kognitive Verhaltenstherapie definiert wurde. Anschließend beschäftigt sich die Arbeit mit den Studien, welche eine andere Intervention thematisieren.

3.3.1 Kognitive Verhaltenstherapie mit digitalem oder telekommunikationsgestütztem Ansatz

Das „Brighten Your Mood Program“ ist eine speziell für chinesische Australier*innen entwickelte und kulturell angepasste Version des „Sadness-iCBT-Programms“ (Internet delivered Cognitive Behaviour Therapy). Es handelt sich um ein strukturiertes 8-wöchiges Programm, welches aus sechs online-Lektionen, Hausaufgaben, Erinnerungs-E-Mails und wöchentlicher telefonischer Unterstützung durch Mandarin bzw. Kantonesisch sprechende Psycholog*innen, besteht. Außerdem stehen ergänzend schriftlichen Ressourcen zu den Themen Kommunikationsfähigkeit, Strategien zur Schlafverbesserung und Antworten auf häufig gestellte Fragen zur Verfügung. Die 55 Teilnehmer*innen wurden der Sofortbehandlungsgruppe oder der Kontrollgruppe mit Warteliste durch Randomisierung zugewiesen. Durch die univariate Kovarianzanalyse erzielte die Interventionsgruppe hinsichtlich des „Chinese version of the Beck depression inventory-I“ (CBDI) sowie des „Chinese bilingual version of the patient health questionnaire“ (CB-PHQ-9) statistisch signifikant niedrigere Werte nach der Intervention im Vergleich zur Kontrollgruppe (CBDI: $F=30,69$, $p<0,001$; CB-PHQ-9: $F=5,28$, $p=0,026$). Durch den gepaarten t-test konnte keine signifikante Verringerung der CBDI-Werte in der Interventionsgruppe nach der Intervention im Vergleich zu den Werten vor der Intervention erzielt werden ($t=-2,07-5,91$, $p>0,05$). Die Werte des CB-PHQ-9 wiesen beim t-test eine signifikante Verringerung in der Interventionsgruppe nach der Intervention im Vergleich zu den Werten davor auf ($t=0,14-4,42$, $p=0,038$). Es konnten keine signifikanten Veränderungen beim Follow-up festgestellt werden (Choi et al., 2012).

In der Studie von Nygren et al. (2019) wurde eine kulturell angepasste, internetgestützte, kognitive Verhaltenstherapie zur Linderung von depressiven Symptomen untersucht. Das

Behandlungsprogramm fokussiert sich stark auf verhaltenstherapeutische Techniken und legt weniger Gewicht auf kognitive Interventionen. Um die Inhalte der sieben einzelnen Module anschaulicher zu gestalten, wurden Videopräsentationen zur vermehrten Interaktion zwischen den Teilnehmer*innen und Therapeut*innen eingesetzt. Die Module wurden den Teilnehmer*innen wöchentlich über eine sichere Online-Plattform angeboten, mit einer Gesamtdauer von acht Wochen. Die beiden Therapeuten befanden sich in ihrem Masterstudium in klinischer Psychologie. Sie erhielten eine wöchentliche klinische Supervision von einem erfahrenen Psychologen sowie Psychotherapeuten. Nach dem Abschluss jedes Moduls, hatten die Therapeuten wöchentlich Kontakt zu den Teilnehmer*innen, um Feedback zu deren Hausaufgaben über die Nachrichtenfunktion der Behandlungsplattform zu geben. Zudem standen die Therapeuten den Teilnehmer*innen während der gesamten Behandlungsdauer für auftretende Fragen zur Verfügung. Die Teilnehmer*innen in der Kontrollgruppe erhielten keinen Zugang zu den Modulen und hatten keinen Kontakt zu einem Therapeuten. Sie konnten jedoch nach Abschluss der ersten Behandlungsphase die vollständige Behandlung in Anspruch nehmen. Die Intensität depressiver Symptome wurde mit dem „Beck Depression Inventory-II“ (BDI-II) sowie dem „Patient Health Questionnaire“ (PHQ-9) gemessen. Durch die Intention-to-Treat Analyse zeigte sich hinsichtlich beider Outcomes ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen [BDI-II: $F(1,47)=22,07$, $p<0,001$; PHQ-9: $F(1,47)=18,26$, $p<0,001$]. Weiters wurde eine Completers-Only-Analyse durchgeführt, wobei ebenfalls statistisch signifikante Ergebnisse zugunsten der Interventionsgruppe erzielt wurden [BDI-II: $F(1,33)=30,20$, $p<0,001$; PHQ-9: $F(1,31)=29,45$, $p<0,001$]. Die Effektstärke zwischen den Gruppen betrug für den BDI-II, für die beobachteten Mittelwerte und Standardabweichungen der Completers-Only-Stichprobe Cohen's $d=1,66$ und Cohen's $d=1,27$ für die Intention-to-Treat Analyse. Bei der Follow-up-Erhebung nach elf Monaten zeigte sich, dass die Ergebnisse auch nach der Behandlung stabil blieben. Jedoch zeigte ein gepaarter t-Test keinen Unterschied zwischen der Nachbehandlung und der Follow-up-Beteiligung für den BDI-II in der Interventionsgruppe ($p>0,05$) (Nygren et al., 2019).

Aus einer angepassten Version des Selbsthilfematerials, das in der Studie von Nygren et al. (2019) beschrieben wurde, besteht die Intervention, welche in der Studie von Lindegaard et al. (2021) untersucht wurde. Sie umfasst sieben Module, die sich mit folgenden Problembereichen befassen: Angst, Depression, Schlaflosigkeit, Stress, Emotionsregulierung, Sorgen und aufdringliche Erinnerungen/Flashbacks, wobei jedes Modul ergänzende Übungen enthält. Zusätzlich wird ein Einführungsmodul angeboten sowie ein Modul zur

Aufrechterhaltung der Behandlung. Die Teilnehmer*innen erhielten wöchentliches Feedback von Therapeut*innen, in Form von Textnachrichten, die über den integrierten Nachrichtendienst der Behandlungsplattform versendet wurden. Diese Nachrichten beinhalteten Rückmeldungen zu erledigten Hausaufgaben sowie motivierende Kommentare. Das Team der Therapeut*innen bestand aus zwei Psycholog*innen und zwei Psychologiestudent*innen mit Masterabschluss. Die gesamte Kommunikation zwischen den Therapeut*innen und den Teilnehmer*innen erfolgte über eine Online-Plattform. Die Teilnehmer*innen, welche der Kontrollgruppe zugeteilt wurden, hatten keinen Zugang zu den Modulen oder Kontakt zu den Therapeut*innen. Nach Abschluss der ersten Behandlungsphase, erhielten auch dies Teilnehmer*innen Zugang zur internetgestützten-kognitiven Verhaltenstherapie. Es konnte ein statistisch signifikantes Ergebnis zwischen den Gruppen, bezüglich des Effektes über die Zeit hinweggesehen, beobachtet werden (CI [-0,82, -0,02]; $p=0,039$). Die Teilnehmer*innen in der Interventionsgruppe konnten sich hinsichtlich des PHQ-9 durchschnittlich um 0,42 Punkte pro Woche mehr verbessern, als die Teilnehmer*innen in der Kontrollgruppe. Der Effekt der Intervention zwischen den Gruppen wies mit einem Cohen's $d=0,85$ [0,29, 1,41] eine große Effektstärke auf. Es wurde ein χ^2 -Test durchgeführt, um zu überprüfen, ob in der Behandlungsgruppe mehr Teilnehmer*innen eine klinisch signifikante Veränderung aufwiesen als in der Kontrollgruppe. Dieser Test ergab einen signifikanten Unterschied zugunsten der Behandlungsgruppe: $\chi^2(1)=1,84$, $p=0,066$, mit einer Odds Ratio von 8,75, 95% CI [0,86 - 88,69] (Lindegaard et al., 2021).

In der Studie von Dwight-Johnson et al. (2011) wurde die Effektivität einer telefongestützten, kulturell angepassten kognitiven Verhaltenstherapie auf depressive Symptome untersucht. Die Intervention besteht aus insgesamt acht Telefonsitzungen, wobei innerhalb jeder Sitzung ein Kapitel aus einem ergänzenden Arbeitsbuch bearbeitet wird. Das Arbeitsbuch umfasst didaktisches Material, Übungen und schriftliche Aufgabenstellungen, welche als Hausaufgabe zu erledigen und kulturell an die Teilnehmer*innen angepasst sind. Die Inhalte der Sitzungen fokussieren sich auf Verhaltensaktivierung sowie Strategien zur Identifizierung und Befreiung von negativen Gedanken. Den Teilnehmer*innen wurde angeboten, die erste Sitzung persönlich durchzuführen, um eine persönliche Ebene zu schaffen. Die Sitzungen fanden einmal wöchentlich statt und dauerten 45-50 Minuten, wobei dies je nach Bedarf und Präferenz der Teilnehmer*innen variierte. Bei Notwendigkeit nahmen die fünf Therapeut*innen, welche zuvor mithilfe eines Workshops geschult wurden, auch zwischen den Sitzungen kurze unterstützende Telefonkontakte, mit den Teilnehmer*innen auf. Die

Kontrollgruppe erhielt keine telefongestützte, kulturell angepasste kognitive Verhaltenstherapie, durfte jedoch alle anderen vom Arzt verordneten Behandlungen in Anspruch nehmen. Zur Beurteilung depressiver Symptome und Analyse der Ergebnisse wurde der PHQ-9 herangezogen. Die Teilnehmer*innen der Interventionsgruppe zeigten im Vergleich zur Kontrollgruppe im Verlauf von sechs Monaten eine statistisch signifikant stärkere Reduktion depressiver Symptome ($\beta=-3,51$, $t=-2,49$, $df=221$, $p=0,013$) (Dwight-Johnson et al., 2011).

Insgesamt wurden in allen vier Studien, welche sich mit digitalen oder telekommunikationsgestützten Ansätzen der kognitiven Verhaltenstherapie zur Reduktion depressiver Symptome beschäftigten, statistisch signifikante Ergebnisse zugunsten der Interventionsgruppen beschrieben. In allen dieser vier Studien konnte durch die jeweilige Intervention eine statistisch signifikant stärkere Reduktion depressiver Symptome, bei den Teilnehmer*innen der Interventionsgruppe im Vergleich zu der Kontrollgruppe, erzielt werden. Der PHQ-9 wurde in allen Studien verwendet, um depressive Symptome zu messen. In der Studie von Choi et al. (2012) wurde zusätzlich der CBDI und in der Studie von Nygren et al. (2019) der BDI-II zur Messung herangezogen. In drei Studien wurde eine internetbasierte kognitive Verhaltenstherapie gewählt (Choi et al., 2012; Lindegaard et al., 2021; Nygren et al., 2019), wobei in der Studie von Choi et al. (2012) Telefonate und in der Studie von Lindegaard et al. (2021) Textnachrichten zur zusätzlichen Unterstützung beitrugen. In der Studie von Dwight-Johnson et al. (2011) wurde die kognitive Verhaltenstherapie mithilfe von Telefonsitzungen durchgeführt.

3.3.2 Andere Interventionen mit digitalem oder telekommunikationsgestütztem Ansatz

In der Studie von Ünlü Ince et al. (2013) wurde die ursprünglich niederländische Version der selbstgesteuerten, problemlösungsorientierten Intervention „Alles Onder Controle“, zu einer kultursensitiven Variante für Menschen türkischer Abstammung „Alles Onder Controle-TR“ weiterentwickelt. Diese Intervention umfasst fünf Sitzungen, welche über einen Zeitraum von fünf Wochen stattfanden. Während der Intervention sollen die Teilnehmer*innen reflektieren, was für sie im Leben von Bedeutung ist. Es wird von den einzelnen Teilnehmer*innen eine Liste mit ihren Sorgen und Probleme, welche nach Relevanz eingeteilt werden, erstellt. In den fünf Sitzungen sollen die Teilnehmer*innen lernen, mithilfe des Problemlösungsansatzes, welcher aus sechs Schritten besteht, die Kontrolle über wichtige und lösbare Probleme zurückzugewinnen. Die Teilnehmer*innen erhielten von einer Forscherin wöchentlich

ein kurzes Feedback zu ihren Hausaufgaben per E-Mail. Hingegen erhielten die Teilnehmer*innen in der Kontrollgruppe keinen Zugang zur Intervention, wobei diese vier Monate nach der Erhebung der Ausgangsdaten ebenfalls Zugriff auf die Intervention bekamen. Die Intensität der Depression wurde mithilfe der „Center for Epidemiologic Studies Depression Scale“ (CES-D) erhoben. Durch die Intention-to-Treat Analyse zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied nach der Intervention zwischen den beiden Gruppen bezüglich der CES-D-Werte ($p=0,07$; Cohen's $d=0,37$, 95% CI $-0,03 - 0,78$). In der Interventionsgruppe zeigte sich bei 32,9% der Teilnehmer*innen eine klinisch signifikante Verbesserung in ihrer Depressionsbewertung nach der Behandlung. Im Vergleich dazu erreichten 9,4% der Teilnehmer*innen in der Kontrollgruppe eine signifikante Verbesserung, was einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen darstellt ($p=0,02$). Durch die Per-Protocol-Analyse zeigte sich eine statistisch signifikant stärkere Reduktion depressiver Symptome in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe ($p<0,001$), mit einer großen Effektstärke von $d=1,68$ (95 % CI $0,69-2,67$). Die Completers-Only-Analyse ergab eine signifikant stärkere Reduktion depressiver Symptome in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe beim Posttest ($p<0,001$), mit einer großen Effektstärke von $d=0,72$ (95 % CI $0,18-1,26$) (Ünlü Ince et al. 2013).

Die SHE-Intervention, welche in der Studie von Li et al. (2024) untersucht wurde, besteht aus sieben wöchentlichen Sitzungen. Die erste Sitzung, welche 30-40 Minuten dauert, wird telefonisch durchgeführt und orientiert sich an einer Broschüre mit den Informationen zu Intimer Partnergewalt, Gefährdungsbeurteilung, Sicherheitsplanung und verfügbare Ressourcen. Dabei sollen die Teilnehmerinnen ihre eigenen Erfahrungen miteinbringen. In den nächsten sechs Sitzungen liegt der Fokus auf der Bereitstellung von Selbsthilfe-Ressourcen für die psychische Gesundheit, wie tiefes Atmen, progressive Muskelentspannung, Visualisierung und Achtsamkeit. Diese sechs Sitzungen werden über das speziell entwickelte WeChat-Mini-Programm, wobei es sich um eine Mikro-App handelt, durchgeführt. Jede Sitzung beginnt mit einem Video, welches eines der sechs Themen vorstellt, begleitet von Audioanweisungen zu den Übungen. Die Übungen sollten jeden Tag über eine Woche hinweg durchgeführt werden. Die Videos dauern zwischen fünf und 20 Minuten, die Audiodateien zwischen vier und 20 Minuten. Die Teilnehmerinnen in der Kontrollgruppe erhielten die Broschüre und Informationen zur psychischen Gesundheitsversorgung per E-Mail. Sie hatten jedoch keinen Zugriff zum WeChat-Mini-Programm und führten kein zusätzliches Telefonat. Der PHQ-9 wurde zur Erhebung depressiver Symptome herangezogen. Die gemischte

ANOVA ergab keinen statistisch signifikanten Gruppeneffekte in Bezug auf den PHQ-9 ($p > 0,05$). Jedoch konnte ein signifikanter Veränderungseffekt für depressive Symptome über die Zeit festgestellt werden ($F(2,96) = 5,16$, $p = 0,010$) (Li et al. 2024).

„Culturally Sensitive Collaborative Treatment“ (CSCT) bezeichnet ein kultursensibles, kollaboratives Behandlungsmodell, welches darauf abzielt, die Versorgung und Wirksamkeit der Behandlung depressiver Störungen zu verbessern. Das Behandlungsmodell umfasst neben dem systematischen Depressionsscreening und der Kontaktaufnahme mit den Patient*innen, welche eine schwere depressive Störung aufweisen, auch eine kultursensible psychiatrische Beurteilung mittels des „Engagement Interview Protocol“ (EIP) sowie ein Betreuungsmanagement. Ein standardisiertes psychiatrisches Interview und Fragen mit kultureller Komponente stellen die beiden Komponenten des EIP dar. Im Rahmen der kultursensiblen, psychiatrischen Beurteilung mithilfe des EIP, erhielten die Teilnehmer*innen eine Bewertung über ihre Krankheitsvorstellung und ihr Stigma in Bezug auf ihre Erkrankung, von den durchführenden Psychiater*innen. Nach der Beurteilung wurde den Teilnehmer*innen ein schriftliches Dokument zur Aufklärung der Diagnose und empfohlenen Therapieplan für den jeweiligen Hausarzt bzw. die jeweilige Hausärztin ausgehändigt. Anschließend wurden in der Interventionsgruppe Betreuungsmanager*innen eingesetzt, um den Teilnehmer*innen das Thema „schwere depressive Störungen“ näher zu bringen. Weitere telefonische Kontakte zwischen den Teilnehmer*innen und den Betreuungsmanager*innen fanden in den darauffolgenden 24 Wochen sieben Mal statt. Diese wurden durchgeführt, um die medikamentöse Therapie und die depressiven Symptome zu überwachen, sowie zur Aneignung von Selbstmanagementstrategien zur Bewältigung widriger Begebenheiten. Die Teilnehmer*innen der Kontrollgruppe wurden nicht von Betreuungsmanager*innen unterstützt. Zur Beurteilung depressiver Symptome wurde der CB-PHQ-9 und die „Hamilton Rating Scale for Depression“ (HAM-D-17) herangezogen. Die Ansprechraten betragen in der Interventionsgruppe 60% und in der Kontrollgruppe 50%, was keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen darstellt. In der Interventionsgruppe betrug die Remissionsrate 48%, wobei diese in der Kontrollgruppe 37% betrug ($p = 0,2$). Dieses Ergebnis fiel ebenfalls nicht statistisch signifikant aus. Die durchschnittlichen „Clinical Global Impression of Improvement“ (CGI-I) Werte der Teilnehmer*innen betragen in beiden Gruppen 2,8 ($p = 0,2$) (Yeung et al. 2010).

In der Studie von Yeung et al. (2016) wurde ebenfalls die Wirksamkeit einer telepsychiatriebasierten, kultursensiblen, kollaborativen Behandlung, welche im Vergleich zum CSCT mit

einer Videokonferenztechnologie arbeitet und aus zwei Komponenten besteht, untersucht. Die kultursensible, psychiatrische Beurteilung stellt den ersten Teil dar, wobei die Teilnehmer*innen eine telepsychiatrische Beurteilung von Psychiater*innen mithilfe des „Mini-International Neuropsychiatric Interview“ (MINI) und des EIP erhalten. Diese Beurteilung sowie eine Behandlungsempfehlung wird schriftlich an den Hausarzt bzw. die Hausärztin weitergeleitet. Den zweiten Teil stellte die sechs Monate andauernde kollaborative Versorgung dar, bei der den Teilnehmer*innen ein*e Fallmanager*in zugewiesen wird, um die psychiatrische Behandlung beim Hausarzt bzw. der Hausärztin zu überwachen. Bei den Fallmanager*innen handelte es sich um Personen mit Bachelorabschluss in Pflege oder einem Masterabschluss in Psychologie oder Sozialarbeit, welche vorab geschult wurden. Die erste Konversation zwischen Fallmanager*in und Teilnehmer*in fand persönlich statt, um Vertrauen aufzubauen. Anschließend wurden die Teilnehmer*innen in den Wochen 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 21 und 24 von den Fallmanager*innen telefonisch kontaktiert. Dabei wurden die Einhaltung der Behandlungsempfehlung, depressive Symptome sowie das Selbstmanagement bei Depressionen überwacht. Außerdem wurden die Teilnehmer*innen zusätzlich kontaktiert, wenn dies notwendig oder hilfreich war. Die Teilnehmer*innen der Kontrollgruppe erhielten eine telepsychiatrische Beurteilung durch eine*n Psychiater*in mithilfe des MINI, eine Behandlungsempfehlung und die gewöhnliche Versorgung durch den Hausarzt bzw. die Hausärztin. Diese Teilnehmer*innen hatten keinen Zugang zu Fallmanager*innen und erhielten keine kultursensible Beurteilung unter Einbezug des EIP. Zur Beurteilung depressiver Symptome wurde die HAM-D-17 verwendet. Durch die Analyse der Ergebnisse zeigte sich bei den Teilnehmer*innen in der Interventionsgruppe eine statistisch signifikant stärkere Reduktion depressiver Symptome über die Zeit hinweg im Vergleich zur Kontrollgruppe ($p < 0,001$). Außerdem war die Remissionsrate in der Interventionsgruppe statistisch signifikant höher als in der Kontrollgruppe (32% vs. 10%, $\chi^2 = 13,5$, $p < 0,001$). Mithilfe der multivariaten logistischen Regressionsanalyse, welche Faktoren wie das Alter und Geschlecht berücksichtigt, zeigte sich, dass die Wahrscheinlichkeit, eine Verbesserung oder Remission zu erreichen, in der Interventionsgruppe signifikant höher war (Odds Ratio=3,9 [95% CI, 1,9-7,8] bzw. 4,4 [95% CI, 1,9-9,9]). Weiters zeigte die Interventionsgruppe eine signifikante Verbesserung der HAM-D-17-Werte über die Behandlungsdauer hinweggesehen ($p=0,002$) (Yeung et al. 2016).

In der Studie von Garcia et al. (2019) wurde der Effekt von täglichen Textnachrichten, welche auf das Mobiltelefon gesendet werden, auf die mentale, physische und soziale

Gesundheit der Teilnehmerinnen untersucht. Die Teilnehmerinnen beider Gruppen erhielten jeweils eine Einheit kognitiver Verhaltenstherapie im Face-to-Face-Setting. Jede Frau in der Interventionsgruppe wurde in den 26 Betreuungstagen jeweils am Anfang, nach 14 Tagen und am Ende persönlich per Telefon vom Forschungsteam kontaktiert, um eine vertrauensvolle Basis zu schaffen. Jede Frau erhielt täglich jeweils um 9:00 Uhr, 13:00 Uhr, 17:00 Uhr und 21:00 Uhr eine Textnachricht über das Mobiltelefon. Die Textnachrichten fokussierten sich auf die Themen Gesundheit, Denken, soziale Beziehungen sowie körperliche Aktivität und hatten zum Ziel gesunde Verhaltensweisen zu fördern und negative Verhaltensmuster abzulegen. Die Teilnehmerinnen in der Kontrollgruppe erhielten lediglich eine Therapie im Face-to-Face-Setting. Zur Beurteilung und Analyse depressiver Symptome wurde der PHQ-9 verwendet. Die Werte des PHQ-9 unterschieden sich hinsichtlich des Erhebungszeitpunktes in der Interventionsgruppe. Der durchschnittliche PHQ-9 Wert am Anfang des Interventionszeitraumes betrug 9,4 (SD=6,4) und am Ende 5,0 (SD=4,8), was eine signifikante Verbesserung darstellt ($p=7,80$). Bei 39 Teilnehmerinnen (88,6%) sank der PHQ-9 Wert wobei er bei fünf Teilnehmerinnen (11,4%) anstieg. In der Kontrollgruppe veränderten sich die durchschnittlichen PHQ-9 Werte von 4,5 (SD=3,1) auf 3,0 (SD=3,3), wobei dies kein statistisch signifikantes Ergebnis darstellt ($p=0,009$). Bei den Teilnehmerinnen beider Gruppen konnte durchschnittlich eine Senkung des PHQ-9 Wertes von 7,5 (SD=5,8) vor der Intervention auf 4,3 (SD=4,4) nach der Intervention beobachtet werden, was ein signifikantes Ergebnis darstellt ($p=5,08$). Bei insgesamt 60 Teilnehmerinnen (84,5%) konnte eine Senkung des PHQ-9 Wertes verzeichnet werden, bei elf Teilnehmerinnen (15,5%) stieg der Wert jedoch an (Garcia et al. 2019).

Eine kulturell angepasste, gruppenbasierte Intervention, welche das Selbstmanagement depressiver Symptome durch die Verbesserung von Problemlösungsfähigkeiten sowie -strategien fördern soll, wurde in der Studie von Alvarez et al. (2024) untersucht. Die Intervention besteht aus insgesamt zehn Sitzungen, wobei wöchentlich eine einstündige Sitzung via Zoom abgehalten wird. Die erste Einheit behandelt die Themen psychische Gesundheit sowie verschiedene Arten von Belastungen, die bei Erwachsenen zu psychischen Erkrankungen führen können. Die restlichen Einheiten thematisieren fünf evidenzbasierte Selbstmanagementstrategien zur Überwindung von depressiven Symptomen sowie Identifikation von Lösungswegen. Zusätzlich verfügen die Teilnehmerinnen über das Cuidándome-Arbeitsbuch, welches Anleitungen für die einzelnen Sitzungen beinhaltet. Alle Sitzungen wurden von einer diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerin geführt, wobei diese zu

Gruppendiskussionen mithilfe von Fallbeispielen animierte und die Teilnehmerinnen der Interventionsgruppe durch die Übungen führte. Die Kontrollgruppe erhielt über zehn Wochen hinweg einmal wöchentlich verschiedene allgemeine Bildungsinhalte zum Thema Gesundheit via Zoom. Jedoch enthielten diese Sitzungen deutlich weniger Inhalte zum Thema psychische Gesundheit. Zur Beurteilung depressiver Symptome und Analyse der Ergebnisse wurde der Patient Health Questionnaire-8 (PHQ-8) verwendet. Die Werte des PHQ-8 sanken in beiden Gruppen von der Ausgangsmessung bis zur Nachbehandlung und waren auch bei den Follow-up Messungen nach drei und sechs Monaten unter jener der Ausgangsmessung [Cohen's d: (T1) d=0,48; (T2) d=0,31; (T3) d=0,37]. Die Werte über die Zeit hinweg gesehen verringerten sich signifikant in beiden Gruppen ($p < 0,001$). Zwischen den Gruppen war die Veränderung der PHQ-8 Werte zu keinem Zeitpunkt statistisch signifikant (Alvarez et al. 2024).

In der Studie von Ashing und Rosales (2014) wurde eine paraprofessionell durchgeführte, telefonbasierte, psychoedukative Intervention untersucht, die darauf abzielt, eine resiliente und lösungsorientierte Haltung im Umgang mit Brustkrebs zu fördern. Die Intervention besteht aus acht 40- bis 50-minütigen Telefonsitzungen, welche von zwei geschulten, zweisprachigen Personen, die in der Arbeit mit benachteiligten Gemeinschaften bereits Erfahrung haben, alle zwei Wochen durchgeführt werden. Alle Teilnehmerinnen erhielten das sogenannte „survivorship booklet“, welches allgemeine Informationen zu den Themen Krebs, die dadurch entstehenden psychischen Auswirkungen, Nachsorge- und Behandlungsoptionen sowie medizinische und psychosoziale Dienstleistungen beinhaltet. Im Rahmen der Sitzungen wurde der Fokus auf folgende Themen gelegt: allgemeine Informationen zum Thema Brustkrebs, Umgang mit psychischen Problemen, Bewältigungsstrategien, Stressmanagement, soziale Bedürfnisse sowie finanzielle und arbeitsbezogene Herausforderungen. Die Sitzungen wurden aufgezeichnet, um die Reihenfolge der einzelnen Themenbereiche an jede Teilnehmerin individuell anpassen zu können. Ein Monat nach Abschluss der Telefonsitzungen, fand ein Treffen zur Nachbesprechung statt, welches die Teilnehmerinnen dazu animieren sollte, an der Nachuntersuchung teilzunehmen. Die Teilnehmerinnen in der Kontrollgruppe erhielten ebenfalls das „survivorship booklet“, jedoch keine psychoedukative Telefonsitzungen. Depressive Symptome wurden mithilfe der Center for Epidemiological Studies Depression scale (CES-D) analysiert. Innerhalb der Interventionsgruppe wurde eine signifikante Reduktion depressiver Symptome von der Ausgangsmessung ($M=25,4$, $SD=10,2$) bis zur Nachuntersuchung ($M=17,2$, $SD=10,5$) beobachtet ($p < 0,001$). In der Kontrollgruppe

hingegen war die Reduktion depressiver Symptome von der Ausgangsmessung ($M=14,8$, $SD=10,8$) bis zur Nachuntersuchung ($M=14,1$, $SD=10,6$) nicht signifikant ($p>0,05$). Dies stellt im Vergleich zwischen den Gruppen einen signifikanten Unterschied dar (95% CI: 5,75-0,282; $p<0,05$). Weiters erreichte ein höherer Anteil der Teilnehmerinnen in der Interventionsgruppe (63%) im Vergleich zu jenen in der Kontrollgruppe (26%) eine Reduktion depressiver Symptome um mindestens fünf Punkte bei der Nachuntersuchung (adjustiertes Odds-Ratio=2,3; 95% CI: 1,1-4,6; $p<0,05$). Es wurde zusätzlich die Veränderung depressiver Symptome innerhalb von Sprachgruppen untersucht. Bei den Teilnehmerinnen, welche die Englische Sprache bevorzugten, zeigte sich eine signifikante Reduktion depressiver Symptome von der Ausgangsmessung ($M=17,1$, $SD=10,8$) bis zur Nachuntersuchung ($M=13,4$, $SD=8,9$) ($p<0,001$). Teilnehmerinnen, welche die Spanische Sprache bevorzugten, wiesen ebenfalls eine signifikante Reduktion depressiver Symptome von der Ausgangsmessung ($M=22,1$, $SD=12$) bis zur Nachuntersuchung ($M=17,3$, $SD=11,5$) ($p<0,001$) auf. Weiters wurde die Veränderung depressiver Symptome über die Zeit hinweg innerhalb der jeweiligen Studienbedingung und Sprachgruppe untersucht. Bei den Teilnehmerinnen innerhalb der Interventionsgruppe, welche die englische Sprache bevorzugten, zeigte sich eine signifikante Reduktion depressiver Symptome von der Ausgangsmessung ($M=23,5$, $SD=9,5$) bis zur Nachuntersuchung ($M=15,7$, $SD=9,9$) ($p<0,001$). Bei den Teilnehmerinnen in der Kontrollgruppe, welche die englische Sprache bevorzugten, zeigte sich keine signifikante Veränderung depressiver Symptome von der Ausgangsmessung ($M=9,5$, $SD=6,4$) bis zur Nachuntersuchung ($M=10,7$, $SD=6,9$) ($p>0,05$). Teilnehmerinnen innerhalb der Interventionsgruppe, welche die Spanische Sprache bevorzugten, wiesen eine signifikante Reduktion depressiver Symptome von der Ausgangsmessung ($M=26,6$, $SD=10,5$) bis zur Nachmessung ($M=18,4$, $SD=10,9$) ($p<0,001$) auf. Bei den Teilnehmerinnen in der Kontrollgruppe, welche die Spanische Sprache bevorzugten, zeigte sich keine signifikante Veränderung depressiver Symptome von der Ausgangsmessung ($M=18,1$, $SD=11,8$) bis zur Nachuntersuchung ($M=16,3$, $SD=12,7$) ($p>0,05$) (Ashing & Rosales 2014).

Insgesamt wurden sieben Studien identifiziert, die sich mit der Wirksamkeit unterschiedlicher Interventionen zur Reduktion depressiver Symptome befassten, wobei alle Interventionen digital oder telekommunikationsgestützt waren. In den beiden Studien von Yeung et al. (2016) und Ashing und Rosales (2014) konnte jeweils eine statistisch signifikante Reduktion depressiver Symptome in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe beobachtet werden. In der Studie von Garcia et al. (2019) wurden Interventions- und

Kontrollgruppe nicht direkt verglichen. Es wurden lediglich die Ergebnisse der Teilnehmer*innen der beiden Gruppen getrennt über die Zeit hinweg beobachtet. Dabei konnte bei den Teilnehmer*innen der Interventionsgruppe eine signifikante Reduktion nach der Intervention im Vergleich zur Ausgangsmessung erzielt werden, während dieses Ergebnis in der Kontrollgruppe nicht signifikant war. In den Studien Ünlü Ince et al. (2013), Li et al. (2024), Yeung et al. (2010) und Alvarez et al. (2024) konnte durch die jeweilige Intervention keine signifikante Reduktion innerhalb der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe erzielt werden. In den sieben Studien wurden verschiedene Tools zur Messung depressiver Symptome herangezogen. In zwei Studien wurde der CES-D verwendet, in drei Studien der PHQ-9, in einer Studie der PHQ-8 und in zwei Studien die HAM-D-17. Die Interventionen waren unterschiedlich, jedoch alle digitale oder telekommunikationsgestützt. In der Studie von Ünlü Ince et al. (2013) wurde eine internetbasierte Selbsthilfeintervention, welche auf einer Problemlösungstherapie basierte und Feedback per E-Mail inkludierte, untersucht. Li et al. (2024) untersuchte die „SHE Intervention“, bei der wöchentlich über eine App relevante Inhalte vermittelt und Übungen zur Verfügung gestellt wurden. In den beiden Studien von Yeung et al. (2010, 2016) wurde jeweils eine kultursensible, kollaborative Behandlung durchgeführt, wobei ein Betreuungsmanager telefonisch Informationen vermittelte. Die Studie Garcia et al. (2019) untersuchte die Wirksamkeit einer Psychotherapie mithilfe eines mobilen Kommunikationssystems sowie Zusendung von Textnachrichten über das Mobiltelefon mit Informationen zum Thema. In der Studie von Alvarez et al. (2024) wurde eine kulturell angepasste, gruppenbasierte, telemedizinische Intervention untersucht, bei der Sitzungen via Zoom abgehalten wurden welche sich mit Selbstmanagementstrategien auseinandersetzten und Gruppendiskussionen sowie Übungen beinhalteten. Ashing und Rosales (2014) untersuchte eine paraprofessionell durchgeführte, telefonbasierte, psychoedukative Intervention, welche mithilfe von Telefonsitzungen durchgeführt wurde.

3.4 Interventionen zur Steigerung der psychischen Gesundheitskompetenz

In der Studie von Hernandez und Organista (2013) wurde die Wirksamkeit von „Entertainment-education“ auf die Depressionskompetenz sowie die Stigmatisierung, bei lateinamerikanischen Migrantinnen in den USA, mithilfe einer spanischsprachigen Fotonovela, untersucht. Die Teilnehmerinnen der Interventionsgruppe nahmen an einer Gruppeneinheit teil, bei welcher die Fotonovela „Secret feelings“ vorgelesen wurde. Diese handelt von einer lateinamerikanischen Mutter, welche an Depressionen leidet. Dabei werden Depressionssymptome sowie Behandlungsmöglichkeiten vorgestellt und auf häufig auftretende Ängste im Zusammenhang mit Behandlungen von Depressionen eingegangen. Durch die Geschichte sollen die Teilnehmerinnen lernen, wo sie Hilfe suchen können und wie sie ihre Krankheit, Sorgen und Ängste ihren Familien näherbringen können. Die Teilnehmerinnen der Kontrollgruppe nahmen an einer Gruppendiskussion, welche sich mit den Themen familiäre Kommunikation und Beziehungen zwischen unterschiedlichen Generationen beschäftigte, teil. Zur Analyse des Wissens über Depressionen unter den Teilnehmerinnen wurde eine Liste mit unterschiedlichen Symptomen bei Depressionen, bei denen die Teilnehmerinnen entscheiden mussten, ob diese zuträfen oder nicht, herangezogen. Diese wurde von Unger et al. (2012) speziell für diese Intervention entwickelt und anschließend ins Spanische übersetzt. Dabei konnte in der Interventionsgruppe zwischen Pre- und Posttest ein durchschnittlich stärkerer Anstieg des Wissens über Depressionen ($M=6,95$ und $9,40$) im Vergleich zur Kontrollgruppe ($M = 7,33$ und $7,41$) erzielt werden, wobei das Ergebnis statistisch signifikant war ($p<0,001$). Die Effektgröße Cohen's d weist hierbei auf einen großen Effekt hin ($d=1,19$). Zur Messung der Selbstwirksamkeit beim Erkennen des Behandlungsbedarfes wurde die „Self-Efficacy to Identify the Need for Treatment-scale“, bestehend aus drei Fragen, entwickelt. In der Interventionsgruppe zeigte sich eine deutlich stärkere Steigerung der Selbstwirksamkeit von Pre- ($M=8,30$) zu Posttest ($M=12,08$) im Vergleich zur Kontrollgruppe ($M=8,80$ zu $8,98$). Das Ergebnis fiel statistisch signifikant aus ($p < 0,001$). Die Effektgröße Cohen's d zeigte einen großen Effekt ($d=1,20$). Zur Bewertung der Absicht, sich in Behandlung zu begeben und die Symptome mit Familie und Freunden zu besprechen, wurde die „Intent to Seek Treatment Scale“, welche aus 4-Punkte-Skalenfragen besteht, entwickelt. Die Analyse ergab einen durch den gepaarten t-Test einen zunächst signifikant stärkeren Anstieg der Absicht, sich in Behandlung zu geben, in der Interventionsgruppe ($M=1,10$) als in der Kontrollgruppe ($M=-0,70$; $p=0,012$). Jedoch ergab der Bonferroni-

Dunn-Test, welcher zur Kontrolle herangezogen wurde, nur eine grenzwertige Signifikanz. Die Effektgröße Cohen's d deutete auf einen moderaten Effekt hin ($d=0,47$) (Hernandez & Organista 2013).

Auch in der Studie von Unger et al. (2013) wurde die Wirksamkeit einer Fotonovela auf die Steigerung des Wissens über Depressionen, die Verringerung der Stigmatisierung sowie die Steigerung der Selbstwirksamkeit eine Depression zu erkennen und sich behandeln zu lassen, untersucht. In dieser Studie kam ebenfalls die Fotonovela „Secret feelings“ zum Einsatz. Vor der Intervention füllten alle Teilnehmer*innen einen Fragebogen, welcher als Pretest diente, aus. Anschließend erhielten die Teilnehmer*innen der Interventionsgruppe 30 Minuten Zeit, um sich mit der Fotonovela, welche in englischer und spanischer Sprache erhältlich war, auseinanderzusetzen. Die Teilnehmer*innen der Kontrollgruppe erhielten eine Broschüre zum Thema Depression und hatten ebenfalls 30 Minuten Zeit, um diese zu lesen. Die evidenzbasierte Broschüre, welche ebenfalls in englischer und spanischer Sprache verfügbar war, enthielt Informationen über Symptome sowie Behandlungsmöglichkeiten von Depressionen. Danach wurde erneut, von allen Teilnehmer*innen, ein Fragebogen ausgefüllt, welcher als Posttest diente. Das Wissen über Depressionen wurde mit einer Depressionswissensskale, bestehend aus zehn Symptomwahrnehmungsfragen und sieben Fragen zum Wissen über Behandlungen, erhoben. Zur Bewertung der Selbstwirksamkeit eine Depression zu identifizieren, wurden zwei Fragen herangezogen, welche mithilfe einer 10-Punkte-Skala beantwortet werden konnten. Der Cronbach's Alpha betrug dabei 0,72. Das Stigma gegenüber der Inanspruchnahme psychischer Gesundheitsversorgung wurde mit dem Fragebogen „Stigma Concerns About Mental Health Care“ erfasst, während die Stigmatisierung gegenüber Antidepressiva anhand von fünf Items gemessen wurde, die an die Latino-Skala zur Antidepressiva-Stigmatisierung angepasst wurden. Der Wille, Hilfe bei Depressionen zu suchen, wurde mithilfe von vier Entscheidungsfragen bewertet, wobei der Cronbach's Alpha hierbei 0,70 betrug. Das Wissen über Depressionen stieg nach den Interventionen in beiden Gruppen an. Innerhalb der Fotonovela-Gruppe stieg der Wert durchschnittlich um 2,37 Punkte an ($STD=0,32$), was eine signifikante Veränderung darstellt ($p<0,05$). In der Informationsbroschüren-Gruppe stieg der Wert um durchschnittlich 0,86 Punkte an ($STD=0,27$), was ebenfalls eine signifikante Veränderung darstellt ($p<0,05$). Obwohl die Werte im Rahmen des 1-Monats-Follow-up in beiden Gruppen leicht sanken, waren sie im Vergleich zur Ausgangsmessung signifikant höher ($p<0,05$). Der Anstieg des Wissens war in der Fotonovela-Gruppe nach der Intervention signifikant höher als in der Informationsbroschüren-

Gruppe ($p < 0,05$), wobei sich die Werte beim Follow-up im Vergleich nicht signifikant unterschieden ($p = 0,12$). Die Fotonovela-Gruppe zeigte einen signifikanten Rückgang der Stigmatisierung gegenüber der Inanspruchnahme psychischer Gesundheitsversorgung sowohl direkt nach der Intervention ($p < 0,05$) als auch beim Follow-up nach einem Monat ($p < 0,05$). In der Informationsbroschüren-Gruppe war der Rückgang nicht signifikant ($p > 0,05$) und stieg beim Follow-up wieder an. Die Stigmatisierung gegenüber Antidepressiva nahm in der Fotonovela-Gruppe nach der Intervention signifikant ab ($p < 0,05$), blieb in der Informationsbroschüren-Gruppe jedoch unverändert. Beim Posttest zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen ($p < 0,05$). In beiden Gruppen waren die Werte der Selbstwirksamkeit nach der Intervention signifikant höher als bei der Ausgangsmessung ($p < 0,05$). Dies traf auch beim 1-Monats-Follow-up in beiden Gruppen zu ($p < 0,05$). Zwar zeigte sich bei den Teilnehmer*innen eine Zunahme der Bereitschaft, bei Depressionen Hilfe zu suchen, jedoch war diese Veränderung statistisch nicht signifikant (Unger et al., 2013).

Bei der MIDonline-Intervention handelt es sich um eine Website, welche Informationen zum Thema Depressionen auf kulturell relevante Weise für griechische und italienische Migrant*innen anbietet. Die Inhalte beziehen sich auf Symptome von Depressionen, die Diagnose, Ursachen, Behandlungsmöglichkeiten, die richtige Suche nach einem zweisprachigen Arzt, psychologische Betreuung sowie Stigmatisierung in Bezug auf psychische Erkrankungen. Die Teilnehmer*innen in der Interventionsgruppe wurden im Rahmen einer persönlichen Sitzung mit der MIDonline-Website vertraut gemacht. Dabei erhielten sie Unterstützung und Anweisungen von einem*r Interviewer*in. Es wurde der Zweck der Website erläutert sowie die Navigation durch das Programm erklärt. Danach erhielten die Teilnehmer*innen eine Stunde lang Zeit, um die Informationen selbstständig durchzusehen. Die Teilnehmer*innen der Kontrollgruppe wurden innerhalb einer Sitzung durch ein Interview geführt, bei dem offene Fragen zum Thema Depression beantwortet werden mussten. In beiden Gruppen wurde die Sitzung in der bevorzugten Sprache der einzelnen Teilnehmer*innen abgehalten. Zur Bewertung der Depressionskompetenz wurde die übersetzte Version der D-Lit-Skala herangezogen. Die Reliabilitätsanalyse ergab für die italienische Version der Skala einen Alpha-Koeffizienten von 0,92 und für die griechische Version 0,88. Eine Kovarianzanalyse ergab, dass die Teilnehmer*innen in der Interventionsgruppe zwischen Prä- und Posttest durchschnittlich eine signifikant stärkere Steigerung der Depressionskompetenz im Vergleich zu den Teilnehmer*innen in der Kontrollgruppe erzielen konnten ($p < 0,001$). Auch bei der Analyse der Follow-up-Werte im Vergleich zu den Ausgangswerten konnte eine

durchschnittlich signifikant stärkere Steigerung der Depressionskompetenz bei den Teilnehmer*innen in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe beobachtet werden ($p < 0,001$). Außerdem wurden die Posttest-Werte mit den Follow-up-Werten verglichen. Dabei zeigte sich in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe eine signifikant stärkere durchschnittliche Steigerung der Depressionskompetenz ($p < 0,01$) (Kiroopoulos et al. 2011).

In der Studie von Choi (2017) wurde ein Programm zur Verbesserung der psychischen Gesundheit sowie die Steigerung psychischer Gesundheitskompetenz entwickelt und die Wirksamkeit untersucht. Für das Programm wurden elf Frauen, welche ebenfalls Migrantinnen waren, als Gatekeeperinnen eingesetzt und diesbezüglich anhand eines Gatekeeper-Trainingsprogramms geschult. Diesen wurden jeweils drei Teilnehmerinnen zugewiesen, welche aus dem gleichen Herkunftsland stammten. Die Gatekeeperinnen besuchten die Teilnehmerinnen wöchentlich zu Hause über acht Wochen hinweg und boten psychische Gesundheitsdienste an. Diese basierten auf einem entwickelten Leitfaden, welcher in der Muttersprache der Teilnehmerinnen verfasst wurde. Der Leitfaden beinhaltete die Themen psychischer Stress und dessen Management, Beziehung zum Ehemann sowie den Kindern, psychische Gesundheitskompetenz, Management psychischer Gesundheit und Nutzung psychischer Gesundheitsdienste. Zur Bewertung der psychischen Gesundheitskompetenz wurde das „Mental Health Literacy Inventory“ (MHL), welches einen Cronbach's Alpha-Wert von 0,93 aufweist, herangezogen. Der durchschnittliche Wert des MHL in der Interventionsgruppe stieg von 2,65 ($\pm 0,22$) vor der Intervention auf 2,78 ($\pm 0,24$) nach der Intervention an, während der durchschnittliche Wert in der Kontrollgruppe von 2,64 ($\pm 0,21$) vor der Intervention auf 2,62 ($\pm 0,22$) sank. Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen fiel somit signifikant aus ($p < 0,001$) (Choi 2017).

Bei „La CLAVE“ handelt es sich um ein psychoedukatives Programm, welches entwickelt wurde, um das Wissen über Psychosen, das Identifizieren von Psychosen sowie die Bereitschaft der Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei spanischsprachigen Gemeindemitgliedern, welche an Schizophrenie leiden sowie pflegende Angehörige von Personen mit Schizophrenie in den USA, zu steigern. Bei diesem Programm wurden Videoclips, Musik und Kunst im Rahmen eines 35-minütigen Vortrages eingesetzt, um Wissen zu vermitteln. Die Präsentation erfolgte mittels Powerpoint und wurde von einem Vortragenden und jeweils zwei bis vier Assistent*innen durchgeführt. Zur Bewertung des Wissensstandes über Psychosen, der Fähigkeit Symptome zu identifizieren und der Bereitschaft Hilfe in Anspruch zu

nehmen, wurde jeweils eine offene Frage herangezogen. Um die Fähigkeit des Erkennens einer psychischen Erkrankung beurteilen zu können, wurde eine Frage gestellt, welche mithilfe einer 5-Punkte-Likert-Skala beantwortet werden konnte. Die Analyse ergab, dass das Wissen über die Symptome von Psychosen bei den Teilnehmer*innen durch die Intervention signifikant gesteigert werden konnte ($p < 0,001$). Die Gemeindemitglieder steigerten sich von 0,45 Punkte auf 1,33 Punkte nach der Intervention. Die pflegenden Angehörigen von 0,76 Punkte auf 1,41 Punkte. Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen fiel nicht signifikant aus ($p = 0,30$). Bei der Bewertung der Fähigkeit bei anderen Menschen psychische Erkrankungen zu erkennen, steigerten sich die Werte nach der Intervention signifikant bei den Gemeindemitgliedern und den pflegenden Angehörigen ($p < 0,001$). Die Werte betragen bei den Gemeindemitgliedern vor der Schulung durchschnittlich 3,02 ($SD = 1,09$) und danach 3,58 ($SD = 1,10$). Bei den pflegenden Angehörigen stiegen die Werte von durchschnittlich 3,54 ($SD = 1,33$) vor der Schulung auf 4,08 ($SD = 1,12$) nach der Schulung. Somit waren die Werte bei den Gemeindemitgliedern signifikant niedriger als bei den pflegenden Angehörigen ($p = 0,014$). Die Wirkung der Schulung war in beiden Gruppen ähnlich, da keine signifikante Wechselwirkung zwischen den Gruppen und der Zeit erkannt werden konnte ($p = 0,98$). Nach der Intervention gaben signifikant weniger Gemeindemitglieder eine Empfehlung für die Suche nach persönlichen Lösungen ab (vor der Intervention=73%, nach der Intervention=44%, $p < 0,001$) und mehr eine Empfehlung für eine professionelle Unterstützung (vor der Intervention=58%, nach der Intervention=80%, $p = 0,008$). Unter den pflegenden Angehörigen gab es diesbezüglich keine signifikanten Ergebnisse (persönliche Lösung: $p = 1,00$, professionelle Unterstützung: $p = 0,79$) (Lopez et al. 2009).

In der Studie von Casas et al. (2014) wurde die Wirksamkeit einer DVD-Version von „La CLAVE“ auf die Steigerung der „psychosis literacy“ bei lateinamerikanischen Erwachsenen in den USA untersucht. Die Intervention bestand aus der Präsentation von La CLAVE in Form eines Videos, welches in einer Gruppensitzung präsentiert wurde. Dabei mussten vor der Präsentation sowie danach Fragen im Rahmen eines Fragebogens beantwortet werden. Bei der Erstellung der Video-Präsentation von La CLAVE wurde darauf geachtet, den Inhalt der ursprüngliche Powerpoint-Präsentation so gut wie möglich zu erhalten, indem dieselben Grafiken, Musik sowie Medien verwendet wurden. Die Video-Präsentation wurde von einem „community worker“ als Erzähler des Films dargeboten, welcher die Bedeutung psychischer Erkrankungen sowie die Symptome einer Psychose in einfacher Sprache vermittelte. Der „community worker“ wurde vom Forschungsteam im Rahmen von drei Sitzungen darauf

geschult, die Präsentation sowie die Evaluierung eigenständig durchzuführen. In dieser Studie wurde die Intervention an allen Teilnehmer*innen getestet, somit gab es keine Kontrollgruppe. Um die „psychosis literacy“ zu messen, sollten die Teilnehmer*innen vier Fragen, im Rahmen eines Fragebogens, beantworten. Dabei wurden drei offene Fragen sowie eine Frage zur Beantwortung auf einer 5-Punkte-Likert-Skala gestellt. Durch die Verwendung von gepaarten t-Tests konnte eine signifikante Steigerung des Wissens der Teilnehmer*innen über Psychosen aufgezeigt werden ($p < 0,001$). Vor der Intervention konnten von den Teilnehmer*innen durchschnittlich 0,30 (SD=0,53) Symptome einer Psychose genannt werden und nach der Intervention durchschnittlich 1,35 (SD=1,06). Ein McNemar-Test zeigte eine durchschnittlich signifikante Steigerung der Krankheitsattribution zu Psychosen bei den Teilnehmer*innen (vor der Intervention=3%, nach der Intervention=30%, $p < 0,001$). Hinsichtlich der Empfehlung zur Hilfesuche wurden nach der Intervention durchschnittlich signifikant mehr Empfehlungen für professionelle Angebote (vor der Intervention=44%, nach der Intervention=75%, $p < 0,001$) genannt (Casas et al. 2014).

Es wurden insgesamt sechs Studien identifiziert, welche die Wirksamkeit unterschiedlicher Interventionen auf die psychische Gesundheitskompetenz untersuchten. In der Studie von Choi (2017) wurde die Wirksamkeit eines psychischen Gesundheitsdienstes mit wöchentlichen Hausbesuchen auf die psychische Gesundheitskompetenz der Teilnehmer*innen untersucht. Die Teilnehmer*innen in der Interventionsgruppe wiesen nach der Intervention eine signifikant höhere psychische Gesundheitskompetenz im Vergleich zur Kontrollgruppe auf. In der Studie von Kiriopoulos et al. (2011) wurde die Wirksamkeit einer mehrsprachigen Onlineplattform, welche Informationen zum Thema Depression kultursensibel bereitstellt, auf die Depressionskompetenz der Teilnehmer*innen erforscht. Dabei wiesen die Teilnehmer*innen in der Interventionsgruppe nach der Intervention eine signifikant höhere Depressionskompetenz im Vergleich zur Kontrollgruppe auf. Casas et al. (2014) untersuchten die Wirkung einer DVD-Präsentation von „La CLaVe“ zum Thema psychische Erkrankungen mit Fokus auf Psychosen, auf die „psychosis literacy“ der Teilnehmer*innen. Die Analyse zeigte, dass die Intervention zu einer signifikanten Steigerung der „psychosis literacy“ bei den Teilnehmer*innen führte. Diese wurde durch das Wissen über Psychosen, die Krankheitsattribution sowie Empfehlungen zur Hilfesuche definiert. Die Wirkung von „La CLaVe“ auf die „psychosis literacy“ wurde ebenfalls in der Studie von Lopez et al. (2009) untersucht. Die Inhalte wurden im Rahmen eines 35-minütigen edukativen Programms mit Hilfe von PowerPoint sowie Video- und Audioclips präsentiert. „Psychosis literacy“ wurde

definiert als Wissen über Psychosen, die Bereitschaft, Hilfe in Anspruch zu nehmen, sowie die Fähigkeit, eine psychische Erkrankung zu erkennen. Durch die Intervention konnte in all diesen Bereichen eine signifikante Steigerung bei den Teilnehmer*innen festgestellt werden. Die Wirksamkeit der Fotonovela „Secret feelings“ auf die psychische Gesundheitskompetenz wurde in der Studie Hernandez & Organista (2013) untersucht. Die psychische Gesundheitskompetenz wurde hierbei durch das Wissen über Depressionen, die Selbstwirksamkeit beim Erkennen des Behandlungsbedarf und die Absicht sich in Behandlung zu begeben definiert. Beim Wissen über Depressionen sowie der Selbstwirksamkeit beim Erkennen des Behandlungsbedarfes konnte jeweils eine signifikante Steigerung in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe beobachtet werden. Die Absicht sich in Behandlung zu begeben war zwar in der Interventionsgruppe nach der Intervention höher als in der Kontrollgruppe, jedoch ergab die Analyse nur eine grenzwertige Signifikanz. Dieselbe Fotonovela wurde auch in der Studie von Unger et al. (2013) untersucht. Die Gesundheitskompetenz wurde dabei durch das Wissen über Depressionen, die Selbstwirksamkeit eine Depression zu identifizieren und die Bereitschaft Hilfe anzunehmen, definiert. Das Wissen über Depressionen war in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe nach der Intervention signifikant höher. Die Selbstwirksamkeit eine Depression zu identifizieren sowie die Bereitschaft Hilfe in Anspruch zu nehmen konnte innerhalb der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe durch die Intervention nicht signifikant gesteigert werden.

Anschließend werden die Ergebnisse im Zusammenhang mit der aktuellen Forschung betrachtet und hinsichtlich ihrer Relevanz für die Forschungsfragen interpretiert.

4 Diskussion

Ziel dieser Arbeit war es, aufzuzeigen, durch welche Interventionen depressive Symptome gelindert sowie die psychische Gesundheitskompetenz bei Erwachsenen mit Migrationshintergrund gesteigert werden können. Durch eine systematische Literaturrecherche konnte relevante Literatur identifiziert werden, die zur Beantwortung der beiden Forschungsfragen herangezogen wurde.

4.1 Interventionen zur Linderung von depressiven Symptomen

Es konnten elf relevante Studien identifiziert werden, die die Wirksamkeit unterschiedlicher Interventionen zur Linderung depressiver Symptome bei Erwachsenen mit Migrationshintergrund untersuchten. Diese wurden hinsichtlich der jeweiligen Intervention in zwei Kategorien eingeteilt: Vier Studien befassten sich mit der Wirksamkeit einer kognitiven Verhaltenstherapie mit digitalem oder telekommunikationsgestütztem Ansatz, während in den anderen sieben Studien jeweils eine andere Intervention mit digitalem oder telekommunikationsgestütztem Ansatz untersucht wurde.

4.1.1 Kognitive Verhaltenstherapie mit digitalem oder telekommunikationsgestütztem Ansatz

In allen vier Studien, die sich mit einer kognitiven Verhaltenstherapie mit digitalem oder telekommunikationsgestütztem Ansatz befassten, konnte jeweils eine signifikante Reduktion depressiver Symptome beobachtet werden. Diese Ergebnisse decken sich auch mit ähnlichen Studien zum Thema kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Symptomen. So konnten in der Studie von Wiles et al. (2013) durch die kognitive Verhaltenstherapie depressive Symptome bei Erwachsenen ebenfalls signifikant reduziert werden, jedoch bestand die Stichprobe in dieser Studie nicht ausschließlich aus Menschen mit Migrationshintergrund.

Aufgrund der Ähnlichkeit der Interventionen ist ein guter Vergleich der vier vorliegenden Studien möglich. Die Studien von Choi et al. (2012), Lindegaard et al. (2021) und Nygren et al. (2019) untersuchten jeweils eine internetbasierte kognitive Verhaltenstherapie, während in der Studie von Dwight-Johnson et al. (2011) ein telekommunikationsbasierter Ansatz gewählt wurde. Das Programm dauerte in allen vier Studien jeweils acht Wochen und wurde in Module eingeteilt, wobei die Anzahl mit sieben bis neun Modulen ähnlich aufgebaut war.

Depressive Symptome wurden in allen vier Studien mit dem PHQ-9 gemessen, wodurch eine gute Vergleichbarkeit der Ergebnisse gewährleistet ist.

Die Studien variierten in ihrem Studiendesign, da die beiden Studien von Choi et al. (2012) und Nygren et al. (2019) jeweils eine Randomisiert kontrollierte Studie (RCT) darstellten und für die beiden Studien von Lindegaard et al. (2021) und Dwight-Johnson et al. (2011) als Design eine Pilot-RCT gewählt wurde. Aufgrund dessen kann davon ausgegangen werden, dass die beiden Studien, welche als RCT durchgeführt wurden, eine höhere Evidenzstärke aufweisen. Anhand der Qualitätsbewertung mithilfe der CASP-Checklist weisen jedoch alle vier Studien, mit Bewertungen von sechs bis acht Punkten, jeweils eine moderate Qualität auf. Eine Verblindung der Teilnehmer*innen war aufgrund der bewussten Information über die Studienziele in keiner der Untersuchungen umsetzbar. Angesichts der Interventionsart stellt dies jedoch keinen methodischen Mangel dar. Es ist möglich, dass die Teilnehmer*innen eine subjektive Linderung depressiver Symptome erlebten, weil sie im Vorfeld über die Zielsetzung der jeweiligen Studie informiert wurden und nicht zwingend aufgrund der tatsächlichen Wirksamkeit der Intervention. Auch Methodenanalysen zeigen, dass solche Erwartungen, unabhängig von der tatsächlichen Wirkung der Intervention, eigenständig zu wahrgenommenen Verbesserungen führen können. Dieser Erwartungseffekt kann die Studienergebnisse somit systematisch verzerren (Button & Munafò, 2015).

Die Stichprobengröße war in den Studien ähnlich, mit 55 Teilnehmer*innen in der Studie von Choi et al. (2012), 59 Teilnehmer*innen in der Studie von Lindegaard et al. (2021) und 50 Teilnehmer*innen in der Studie von Nygren et al. (2019). Die größte Stichprobe wies die Pilot-RCT von Dwight-Johnson et al. (2011) mit 101 Teilnehmer*innen auf. Die Stichprobe bestand jeweils aus erwachsenen Frauen sowie Männern, unterschied sich jedoch bezüglich der Herkunft der Teilnehmer*innen. Mit arabisch sprechenden Migrant*innen in der Studie von Lindegaard et al. (2021) und kurdischen Migrant*innen in der Studie von Nygren et al. (2019) sind diese beiden Stichproben sehr ähnlich. Außerdem wurden beide Studien in Schweden durchgeführt. Dagegen bezog sich die Studie von Choi et al. (2012) auf chinesische Migrant*innen in Australien, während in der Studie von Dwight-Johnson et al. (2011) lateinamerikanische Migrant*innen in den USA die Population darstellten. Die kulturelle Heterogenität der untersuchten Stichproben könnte Auswirkungen auf die Vergleichbarkeit der Studienergebnisse haben. Kulturelle Hintergründe prägen nicht nur, wie psychische Erkrankungen wahrgenommen und interpretiert werden, sondern auch, wie Betroffene mit ihren Symptomen umgehen, ob sie therapeutische Angebote annehmen und wie offen sie

gegenüber Interventionen sind. Ryder et al. (2008) weisen auch darauf hin, dass Menschen aus verschiedenen Kulturen psychisches Leid unterschiedlich ausdrücken, beispielsweise eher über körperliche Beschwerden oder über Gefühle. Das kann dazu führen, dass die Wirkung von Interventionen je nach kulturellem Hintergrund unterschiedlich wahrgenommen und bewertet wird. Auch aus methodischer Sicht ist die Übertragbarkeit der Studienergebnisse eingeschränkt. Laut dem „PIET-T-Modell“ lässt sich eine Intervention nur dann gut auf andere Kontexte übertragen, wenn sich die Zielgruppe, die Art der Intervention, das Umfeld und die Rahmenbedingungen stark ähneln (Schloemer & Schröder-Bäck, 2018). In den vier Studien unterscheiden sich diese Faktoren jedoch deutlich, was eine direkte Vergleichbarkeit und Übertragbarkeit der Ergebnisse erschwert.

Eine internetbasierte kognitive Verhaltenstherapie stellt eine kosteneffizientere Alternative zur traditionellen Face-to-Face-Therapie dar, wie im systematischen Review von Hedman et al. (2012) bestätigt wird. Darüber hinaus zeigt die Studie von Baumann et al. (2020), dass durch eine internetbasierte kognitive Verhaltenstherapie im Vergleich zu einem Face-to-Face-Angebot personelle Ressourcen deutlich eingespart werden können.

4.1.2 Andere Interventionen mit digitalem oder telekommunikationsgestütztem Ansatz

Insgesamt wurden sieben Studien identifiziert, in denen statt einer kognitiven Verhaltenstherapie eine andere Intervention mit digitalem oder telekommunikationsgestütztem Ansatz zur Linderung depressiver Symptome bei Erwachsenen mit Migrationshintergrund untersucht wurden. Die Ergebnisse hinsichtlich der Wirksamkeit der Interventionen variieren zwischen den Studien. In drei Studien (Yeung et al., 2016; Ashing & Rosales, 2014; Garcia et al., 2019) konnte durch die jeweilige Intervention eine signifikante Reduktion depressiver Symptome bei den Proband*innen erzielt werden. In der Studie von Garcia et al. (2019) scheint jedoch ein Fehler hinsichtlich des angegebenen p-Wertes unterlaufen zu sein. Es wird eine signifikante Verbesserung depressiver Symptome innerhalb der Interventionsgruppe beschrieben, jedoch wirft die Angabe eines p-Werts von $p=7,8$ Zweifel an der Korrektheit der Ergebnisse auf. In den verbleibenden Studien (Ünlü Ince et al., 2013; Li et al., 2024; Yeung et al., 2010; Alvarez et al., 2024) konnte keine signifikant höhere Reduktion depressiver Symptome durch die jeweilige Intervention in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe beobachtet werden.

Ein weiterer Grund, welcher die Vergleichbarkeit der Ergebnisse einschränkt, ist die Verwendung unterschiedlicher Tools zur Bewertung depressiver Symptome. In jeweils zwei Studien wurde der CES-D (Ünlü Ince et al., 2013; Ashing & Rosales, 2014), der PHQ-9 (Li et al., 2024; Garcia et al., 2019), sowie die HAM-D-17 (Yeung et al., 2010; Yeung et al., 2016) verwendet. In der Studie von Alvarez et al. (2024) wurde der PHQ-8 zur Messung depressiver Symptome eingesetzt.

Für fünf der sieben Studien wurde das Design einer RCT gewählt (Ünlü Ince et al., 2013; Yeung et al., 2010; Yeung et al., 2016; Alvarez et al., 2024; Ashing & Rosales, 2014). Die Studie von Li et al. (2024) wurde als Pilot RCT durchgeführt und für die Studie von Garcia et al. (2019) wurde ein explorativ quasi experimentelles Design gewählt. Da die meisten eingeschlossenen Studien ein RCT-Design nutzten, kann man von einer insgesamt hohen methodischen Qualität der Evidenzlage ausgehen. Die Generalisierbarkeit der Ergebnisse der Pilotstudie von Li et al. (2024) ist aufgrund des Pilot RCT Designs und der damit verbundenen geringen Stichprobengröße nur eingeschränkt möglich. Die Studie von Garcia et al. (2019), welche ein quasi-experimentelles Design heranzog, weist durch die fehlende Randomisierung eine methodisch geringere interne Validität auf.

Die Ergebnisse sind schwer zu vergleichen, da sich die untersuchten Interventionen nicht nur in ihrer Art, sondern auch in ihrem Durchführungszeitraum und der Intensität unterscheiden. In der Studie von Ünlü Ince et al. (2013) wurde die Wirkung einer internetbasierten, angeleiteten Selbsthilfeintervention, welche auf einer Problemlösungstherapie basierte untersucht. Die SHE-Intervention, die auf dem Empowerment Modell nach Dutton (1992) basierte und Strategien zur psychischen Selbstfürsorge vermittelte, wurde in der Studie von Li et al. (2024) untersucht. In den beiden Studien von Yeung et al. (2010; 2016) wurde jeweils eine kultursensible kollaborative Behandlung getestet, welche aus einer psychiatrischen Beurteilung mit Behandlungsempfehlung sowie einer sechs Monate andauernden Versorgung durch einen Fallmanager bestand. Der Unterschied zwischen den beiden Studien bestand lediglich in der Durchführung der psychiatrischen Beurteilung, wobei in der Studie aus dem Jahr 2010 die Beurteilung persönlich stattfand, hingegen in der zweiten Studie diese mithilfe einer Telekonferenz durchgeführt wurde. In der Studie von Garcia et al. (2019) wurde die Wirksamkeit einer Psychotherapie mithilfe eines mobilen Kommunikationssystems untersucht. Diese bestand aus einer einmaligen persönlichen Sitzung sowie der Zusendung von Textnachrichten auf das Mobiltelefon über 26 Tage hinweg, welche tägliche Lebensgewohnheiten sowie positive Verhaltensweisen thematisierten. „Cuidándome“, welche eine kulturell

angepasste, gruppenbasierte, telemedizinische Intervention darstellte, wurde in der Studie von Alvarez et al. (2024) getestet. Die Intervention bestand aus zehn Sitzungen via Zoom, in welchen Inhalte zu den Themen psychische Gesundheit und Selbstmanagementstrategien zur Überwindung depressiver Symptome anhand von Fallbeispielen besprochen wurden. Die in der Studie von Ashing und Rosales (2014) untersuchte telefonbasierte, psychoedukative Intervention, bestand aus acht Telefonsitzungen, in welchen das Thema „Brustkrebs“ behandelt wurde, wobei ein „survivorship booklet“ für zusätzliche Informationen zur Verfügung stand.

Die Studienqualität, welche die Ergebnisse beeinflusst, variiert zwischen den Studien. Die Studie Yeung et al. (2016) wies als einzige der sieben Studien eine hohe Qualität auf. Eine niedrige Qualität wies nur die Studie von Garcia et al. (2019) auf. Bei den anderen fünf Studien (Li et al., 2024; Ünlü Ince et al., 2013; Yeung et al., 2010; Alvarez et al., 2024; Ashing & Rosales, 2014) ergab die Bewertung eine moderate Qualität.

Da der Durchführungszeitraum sowie die Intensität der jeweiligen Interventionen variieren, kann angenommen werden, dass sich diese beiden Aspekte auf die Ergebnisse auswirken. Der Durchführungszeitraum reichte von 26 Tagen (Garcia et al., 2019) bis zu sechs Monaten (Yeung et al., 2010; Yeung et al., 2016). In den anderen Studien betrug diese fünf Wochen (Ünlü Ince et al., 2013), sieben Wochen (Li et al., 2024), zehn Wochen (Alvarez et al., 2024) sowie 16 Wochen (Ashing & Rosales, 2014). In drei der sieben Studien wurden wöchentlich Sitzungen durchgeführt (Ünlü Ince et al., 2013; Li et al., 2024; Alvarez et al., 2024), in der Studie von Ashing und Rosales (2014) alle zwei Wochen und in zwei Studien (Yeung et al., 2010; Yeung et al., 2016) alle zwei bis drei Wochen. In der Studie von Garcia et al. (2019) wurden täglich Textnachrichten versendet. Es zeigt sich durch die signifikanten Ergebnisse in den Studien von Yeung et al. (2016) sowie Ashing und Rosales (2014), dass eine längere Durchführungsdauer der Intervention möglicherweise zu einer höheren Reduktion depressiver Symptome führt. Des Weiteren ist anzunehmen, dass auch die Intensität der Durchführung Einfluss auf die Ergebnisse hat, da auch in der Studie von Garcia et al. (2019), in welcher täglich Textnachrichten an die Teilnehmerinnen versendet wurden, eine signifikante Reduktion depressiver Symptome erzielt werden konnte.

Die Stichprobe in den einzelnen Studien variiert hinsichtlich ihrer Größe und auch des Geschlechts. Die größte Stichprobe wies die Studie von Ashing und Rosales (2014) mit 199 Proband*innen auf, hingegen wurde in der Studie von Alvarez et al. (2024) mit nur 47

Proband*innen die kleinste Stichprobe untersucht. In vier der sieben Studien betrug die Stichprobengröße weniger als 100 Proband*innen (Ünlü Ince et al., 2013; Li et al., 2024, Garcia et al., 2019; Alvarez et al., 2024). In den Studien von Yeung et al. (2016) und Ashing und Rosales (2014) wurden die beiden größten Stichproben untersucht. Diese beiden Studien wiesen auch eine signifikante Reduktion depressiver Symptome durch die jeweilige Intervention auf, woraufhin angenommen werden kann, dass die anderen Studien eine zu geringe Stichprobengröße aufwiesen, um einen signifikanten Effekt zu erzielen. Außerdem variieren die Studienpopulationen auch hinsichtlich des Geschlechts. In allen Studien waren die Proband*innen Erwachsene über 18 Jahre, jedoch wurden in einigen Studien (Li et al., 2024; Garcia et al., 2019; Alvarez et al., 2024; Ashing & Rosales, 2014) nur weibliche Probandinnen eingeschlossen. In den anderen drei Studien wurden Frauen sowie Männer eingeschlossen.

Mögliche Einflussfaktoren auf die Studienergebnisse stellen auch der geografische und kulturelle Kontext, in dem die jeweilige Untersuchung durchgeführt wurde, dar. Ein Großteil der Studien (Li et al., 2024; Yeung et al., 2010; Yeung et al., 2016; Alvarez et al., 2024; Ashing & Rosales, 2014) wurde in den USA durchgeführt. Nur zwei Studien wurden in europäischen Ländern durchgeführt, eine in den Niederlanden (Ünlü Ince et al., 2013) und eine in Spanien (Garcia et al., 2019). Darüber hinaus ist auffällig, dass einige Studien ausschließlich Personen mit spezifischem Migrationshintergrund einbezogen: drei Studien untersuchten ausschließlich Frauen mit chinesischem Migrationshintergrund (Li et al., 2024; Yeung et al., 2010; Yeung et al., 2016), zwei weitere fokussierten sich auf Teilnehmer*innen mit lateinamerikanischem Hintergrund (Alvarez et al., 2024; Ashing & Rosales, 2014). Auch hier können sich die unterschiedlichen kulturellen Hintergründe der Studienpopulationen auf die Wirkung der jeweiligen Interventionen auswirken, da psychische Belastungen kulturell unterschiedlich wahrgenommen und bewertet werden (Ryder et al., 2008). Die psychologische Forschung leidet oft unter einem sogenannten „WEIRD-Bias“ (Western, Educated, Industrialized, Rich, Democratic), da der Großteil der Erkenntnisse aus westlichen Industrienationen stammt, wodurch jedoch nur ein Bruchteil der globalen Bevölkerung repräsentiert wird (Henrich et al., 2010). Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, ob die eingesetzten Messinstrumente auch kulturell angemessen sind. Beispielsweise zeigt eine Studie mit chinesischen und deutschen Studierenden, dass der PHQ-9 zwar insgesamt zuverlässig und in unterschiedlichen kulturellen Kontexten einsetzbar ist, jedoch können einzelne Items kulturell

unterschiedlich verstanden werden. Dies verdeutlicht, dass eine kulturelle Validierung notwendig ist, um Verzerrungen zu vermeiden (Zhou et al., 2020).

4.2 Interventionen zur Steigerung der psychischen Gesundheitskompetenz

Durch die Literaturrecherche konnten sechs Studien identifiziert werden, welche die Wirksamkeit unterschiedlicher Interventionen auf die psychische Gesundheitskompetenz untersuchten. In allen sechs Studien konnte eine signifikante Steigerung der psychischen Gesundheitskompetenz durch die jeweilige Intervention beobachtet werden. Dieses Ergebnis stützt die Annahme, dass die psychische Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund durch gezielte Interventionen positiv beeinflusst werden kann.

Die Studien weisen jedoch sehr unterschiedliche Interventionen auf, wodurch der Vergleich nur eingeschränkt möglich ist. In der Studie von Choi (2017) wurde die Wirksamkeit eines psychischen Gesundheitsdienstes mit wöchentlichen Hausbesuchen untersucht. Eine mehrsprachige Onlineplattform, welche kultursensible Inhalte zum Thema Depression bereitstellt, wurde in der Studie von Kiropoulos et al. (2011) getestet. Die Wirkung von „La CLave“ wurde in zwei Studien untersucht, wobei das Programm in der Studie von Casas et al. (2014) als DVD-Präsentation angeboten wurde und in der Studie von Lopez et al. (2009) als 35-minütiges, edukatives Programm mithilfe von Power-Point sowie Video- und Audio-clips abgehalten wurde. Die Fotonovela „Secret feelings“ wurde ebenfalls in zwei unterschiedlichen Studien erforscht (Hernandez & Organista, 2013; Unger et al., 2013). Auffällig ist die geringe Repräsentation digitaler Interventionen. Nur die Studie von Kiropoulos et al. (2011) nutzte einen digitalen Ansatz, während alle anderen Studien Face-to-Face-Formate einsetzten. Dies deutet darauf hin, dass digitale Methoden in Bezug auf die Steigerung der psychischen Gesundheitskompetenz noch wenig erforscht sind.

In den Studien von Hernández und Organista (2013), Kiropoulos et al. (2011) sowie Unger et al. (2013) wurde das Design einer RCT gewählt, das durch die zufällige Zuweisung der Teilnehmer*innen eine hohe interne Validität aufweist. Die Studie von Choi (2017) basiert auf einem quasi-experimentellen Design mit einer Interventions- sowie einer Kontrollgruppe, jedoch ohne Randomisierung. Die beiden Studien von López et al. (2009) und Casas et al. (2014) verwendeten jeweils ein One-group-pretest-posttest-design, bei dem eine Vorher-Nachher-Erhebung innerhalb einer einzigen Gruppe durchgeführt wurde. Obwohl in

diesen beiden Studien keine Vergleichsgruppe einbezogen wurde, werden sie aufgrund der gezielten Intervention und der Vorher-Nachher-Erhebung als quasi-experimentelle Designs eingeordnet. Da nur die Hälfte der Studien ein RCT-Design heranzog, muss von einer etwas niedrigeren methodischen Qualität der Evidenzlage ausgegangen werden.

Die Qualitätsbewertung zeigt, dass die Qualität der einzelnen Studien stark variiert. Nur die Studie von Unger et al. (2013) weist eine hohe Qualität auf. Drei Studien (Hernandez & Organista, 2013; Kiropoulos et al., 2011; Choi, 2017) wurden mit einer moderaten Qualität bewertet und zwei Studien (Lopez et al., 2009; Casas et al., 2014) weisen eine niedrige Qualität auf.

Die meisten Studien fokussieren sich auf unterschiedliche Arten der psychischen Gesundheitskompetenz, wie die Depressionskompetenz (Hernandez & Organista, 2013; Unger et al., 2013; Kiropoulos et al., 2011) sowie die „psychosis literacy“ (Lopez et al., 2009; Casas et al., 2014). Zudem unterscheiden sich die Definitionen sowie die Kombinationen der einzelnen Kompetenzen zur Bewertung der psychischen Gesundheitskompetenz zwischen den Studien. In den Studien von Hernandez und Organista (2013) sowie Unger et al. (2013) wurde die Depressionskompetenz anhand des Wissens über Depressionen, der Selbstwirksamkeit in der Erkennung eines Behandlungsbedarfs sowie der Hilfe- und Behandlungsin-tention definiert und gemessen. In der Studie von Unger et al. (2013) wurden zudem sowohl die Stigmatisierung der Inanspruchnahme psychischer Gesundheitsversorgung als auch die gegenüber Antidepressiva berücksichtigt. In der Studie von Lopez et al. (2009) wurden dieselben Kompetenzen herangezogen um die „psychosis literacy“ zu messen. In drei Studien (Kiropoulos et al., 2011; Casas et al., 2014; Choi, 2017) fehlt eine klare Definition der betrachteten Kompetenzbereiche zur Bewertung der psychischen Gesundheitskompetenz. Diese Heterogenität führt dazu, dass eine umfassende Bewertung der psychischen Gesundheitskompetenz auf Basis der vorliegenden Studien nur eingeschränkt möglich ist. In den meisten Fällen werden lediglich Teilaspekte des Konzepts betrachtet, wodurch sich keine ganzheitliche Aussage über die psychische Gesundheitskompetenz ableiten lässt. Ein umfassendes Verständnis psychischer Gesundheitskompetenz erfordert laut Jorm (2012) die Integration mehrerer Komponenten: Erkennen psychischer Störungen, Wissen über Risikofaktoren und Ursachen, Wissen über Selbsthilfemaßnahmen, Wissen über professionelle Hilfsangebote, Förderung hilfeunterstützender Einstellungen sowie Fähigkeit, andere Personen zu unterstützen. Zur standardisierten Erfassung der psychischen Gesundheitskompetenz ist es von Notwendigkeit ein valides Instrument heranzuziehen, wie beispielsweise die Mental

Health Literacy Scale (MHLS) von O'Connor und Casey (2015), welche insgesamt sechs Aspekte der psychischen Gesundheitskompetenz misst. Ein weiteres Instrument, welches zu einer umfassenderen und einheitlicheren Erhebung der psychischen Gesundheitskompetenz beitragen und somit eine verbesserte Vergleichbarkeit der Studienergebnisse gewährleisten könnte, stellt jenes von Bjørnsen et al. (2017) dar.

Des Weiteren unterscheiden sich die Studien hinsichtlich ihrer Stichprobe. Die größte Stichprobe wies mit 202 Proband*innen die Studie von Kiropoulos et al. (2011) auf, hingegen umfasste die kleinste Stichprobe in der Studie von Choi (2017) nur 63 Teilnehmerinnen. Der deutliche Unterschied zwischen den Stichprobengrößen weist auf eine unterschiedliche Aussagekraft und Generalisierbarkeit zwischen den Studien hin. Außerdem wurden in den Studien von Hernandez und Organista (2013) und Choi (2017) nur weibliche Probandinnen in die Studie eingeschlossen. Auch hier ist zu beachten, dass die Mehrheit der Studien in den USA durchgeführt wurde (Hernandez & Organista, 2013; Unger et al., 2013; Lopez et al., 2009; Casas et al., 2014). Dadurch sind die Forschungsergebnisse stark durch den US-amerikanischen soziokulturellen Kontext geprägt, was ihre Übertragbarkeit auf andere kulturelle oder nationale Kontexte einschränken kann. Depressive Symptome können je nach kulturellem Kontext sehr unterschiedlich erlebt, interpretiert und kommuniziert werden. Psychisches Leiden äußert sich in einigen Kulturen häufiger in Form von körperlichen Beschwerden, während affektive und kognitive Symptome seltener im Vordergrund stehen (Ryder et al., 2008). Aufgrund dessen ist es wichtig kultursensible psychologische Tests anzuwenden. Andernfalls besteht das Risiko, dass kulturelle Unterschiede zu Fehlinterpretationen oder Verzerrungen in den Ergebnissen führen (Van de Vijver & Tanzer, 2004).

4.3 Stärken und Limitationen der Arbeit

Eine Stärke des vorliegenden systematischen Reviews liegt in der Anwendung eines strukturierten Verfahrens zur Qualitätsbewertung der eingeschlossenen Studien (Higgins et al., 2024). Die Beurteilung der methodischen Qualität erfolgte anhand der CASP-Checkliste, die ein systematisches Vorgehen sowie eine transparente Nachvollziehbarkeit der Beurteilung ermöglicht (Critical Appraisal Skills Programme, 2025). Durch die systematische Zusammenführung bestehender Forschung kann die Arbeit zum Erkenntnisgewinn für zukünftige Forschung beitragen. Es wird der aktuelle Stand der Evidenz verdeutlicht und bestehende Forschungslücken werden aufgezeigt.

Eine wesentliche Limitation der vorliegenden Arbeit stellt die Heterogenität der Studiendesigns dar. Aufgrund der methodischen Unterschiede zwischen den eingeschlossenen Studien konnte keine Metaanalyse durchgeführt werden. Ein wesentlicher Grund dafür war der Einsatz unterschiedlicher Erhebungsinstrumente und Interventionen, wodurch ein direkter Vergleich der Ergebnisse erschwert wurde. Zusätzlich liegt nur eine geringe Anzahl an Studien mit vergleichbarer Methodik vor, was die Berechnung einer zusammenfassenden Effektstärke nicht sinnvoll macht. Aufgrund dessen wurden die Ergebnisse rein narrativ dargestellt (Popay et al., 2006).

4.4 Weiterer Forschungsbedarf

Anhand dieser Arbeit konnten mehrere Forschungslücken identifiziert werden. Die Ergebnisse zeigen, dass digitale Ansätze zur Förderung der psychischen Gesundheitskompetenz bislang nicht ausreichend untersucht wurden. Insbesondere besteht weiterer Bedarf an Forschung zur Wirksamkeit und Kosteneffizienz digitaler Interventionen, vor allem im Vergleich zu Face-to-Face-Angeboten (Massoudi et al., 2018). Ein besonders großer Forschungsbedarf besteht im Hinblick auf digitale Interventionen für Menschen mit Migrationshintergrund, da diese Zielgruppe in bisherigen Studien häufig unterrepräsentiert war (Ünlü Ince et al., 2013). Damit digitale Angebote gut angenommen werden, bedarf es einer kulturell sowie kontextuell sensiblen Entwicklung. Wichtig ist zudem, dass sie Vertrauen schaffen, ansprechend gestaltet und gut zugänglich sind. Dabei kann der Einsatz von Smartphones besonders hilfreich sein (El-Haj-Mohamad et al., 2022; Radu et al., 2023). Solche Interventionen können laut Gagnon et al. (2022) unter anderem über Websites, mobile Apps oder den Versand von Textnachrichten bereitgestellt werden. Ein weiterer wichtiger Aspekt zukünftiger Forschung ist die praktische Umsetzung und Integration digitaler Angebote in bestehende Versorgungssysteme. Dabei geht es nicht nur um technische Machbarkeit, sondern auch um die Anpassung an Alltagsbedingungen und strukturelle Gegebenheiten (El-Haj-Mohamad et al., 2022). Implementierungsstudien liefern bereits vielversprechende Ansätze. So zeigte das US-amerikanische Projekt, welches mit Jugendlichen mit Migrationshintergrund durchgeführt wurde, eine hohe Akzeptanz und Nutzungsrate von digitalen Angeboten zur Verbesserung der psychischen Gesundheit. Ausschlaggebend dafür war die enge Zusammenarbeit mit der Zielgruppe, wobei die digitalen Angebote sprachlich, inhaltlich und visuell an deren Bedürfnisse angepasst wurden (Fabian et al., 2023).

Die Pflegewissenschaft kann einen wesentlichen Beitrag zur Entwicklung, Anpassung und Umsetzung digitaler Gesundheitsangebote leisten. Wie das Systematic Review von Hwang und Chang (2023) zeigt, sind Pflegepersonen aufgrund ihrer Nähe zur Praxis besonders gut in der Lage, patientenzentrierte digitale Interventionen zu gestalten, die auf die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen abzielen. Auch bei der Implementierung digitaler Lösungen spielt die Pflegewissenschaft eine zentrale Rolle. Im Umbrella Review von Walzer et al. (2025) wird beschrieben, dass eine fundierte Schulung des Fachpersonals eine entscheidende Voraussetzung für die erfolgreiche Integration solcher Angebote in die Praxis darstellt. Wynn et al. (2023) unterstreichen darüber hinaus die Notwendigkeit, digitale Kompetenzen zu vermitteln, die bislang nicht Teil der klassischen Pflegeausbildung waren, etwa die Fähigkeit, technologische Innovationen anzustoßen oder bestehende Systeme zu verbessern. Ein weiterer zentraler Aspekt betrifft die kulturelle Anpassung digitaler Gesundheitsinterventionen, wobei pflegewissenschaftliche Expertise von Bedeutung ist. Wie Nittas et al. (2025) betonen, kann eine kultursensible Gestaltung maßgeblich zur Akzeptanz und Wirksamkeit solcher Angebote in unterschiedlichen Zielgruppen beitragen.

4.5 Bedeutung für die Pflegepraxis

Die Ergebnisse dieser Arbeit verdeutlichen, dass Interventionen zur Reduktion depressiver Symptome sowie zur Stärkung der psychischen Gesundheitskompetenz, insbesondere für Menschen mit Migrationshintergrund, wirksam sein können. Auch in der Pflegepraxis könnten diese Interventionen Anwendung finden und für positive Veränderung sorgen.

Pflegekräfte spielen eine zentrale Rolle bei der Förderung der psychischen Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund. Laut dem Literature Review von AlHazmi et al. (2024) nehmen Pflegepersonen eine bedeutende Rolle bei der frühzeitigen Wahrnehmung psychischer Erkrankungen ein. Dazu sind kultursensible Kompetenzen notwendig, etwa im Umgang mit sprachlichen und kulturellen Unterschieden (Radhamony et al., 2021). Aufgrund dessen sollte kultursensible Pflege verstärkt in die Aus- und Weiterbildung integriert werden. Dies bestätigt auch das Systematic Review von Osmanovic et al. (2025), welches zeigt, dass Schulungen sowie Weiterbildungen das Niveau der kulturellen Kompetenz von Pflegepersonen wirksam verbessern können. Kulturelle Kompetenz ist notwendig um qualitativ hochwertige und kulturell angemessene Pflege für Patient*innen unterschiedlicher Herkünfte sicherzustellen (Horvat et al., 2014).

Eine verbesserte psychische Gesundheitskompetenz trägt dazu bei, dass Patient*innen aktiver in ihren Behandlungsplan eingebunden werden, was zu einer besseren Umsetzung der Therapie und einem tieferen Verständnis der Erkrankung führt (Jorm, 2012). Eine solch präventive Ausrichtung unterstützt zudem eine ressourcenorientierte Pflegepraxis, die auf die Stärkung der Fähigkeiten der Patient*innen abzielt (Tveiten, 2021).

5 Schlussfolgerung

Die vorliegende Arbeit verdeutlicht, dass digitale und telekommunikationsgestützte Interventionen grundsätzlich ein vielversprechendes Potenzial zur Linderung depressiver Symptome bei Erwachsenen mit Migrationshintergrund aufweisen. Besonders deutlich zeigte sich dies in den vier Studien, die kognitive Verhaltenstherapie mit digitalen oder telekommunikationsgestützten Ansätzen untersuchten, wobei in allen Studien eine signifikante Verbesserung der depressiven Symptomatik festgestellt werden konnte. Damit entsprechen die Ergebnisse den bisherigen Erkenntnissen zur Effektivität der kognitiven Verhaltenstherapie bei Depressionen, obwohl dort häufig keine spezifische Fokussierung auf Menschen mit Migrationshintergrund erfolgte. Die Wirksamkeit alternativer digitaler sowie telekommunikationsgestützter Interventionen zeigte sich hingegen uneinheitlich. Zwar wurden in einigen Studien positive Effekte beobachtet, jedoch mangelte es teilweise an methodischer Qualität oder statistischer Aussagekraft. Ergänzend dazu konnte durch die Literaturrecherche in sechs weiteren Studien eine signifikante Steigerung der psychischen Gesundheitskompetenz durch die jeweilige Intervention festgestellt werden. Dieses Ergebnis stützt die Annahme, dass gezielte Maßnahmen die psychische Gesundheitskompetenz speziell von Menschen mit Migrationshintergrund nachhaltig fördern können. Da digitale Ansätze im Gesundheitsbereich immer mehr an Bedeutung gewinnen, erscheint es umso wichtiger, deren Potenzial auch im Kontext migrationssensibler Interventionen zur Förderung der psychischen Gesundheitskompetenz weiter zu erforschen.

Insgesamt legen die Ergebnisse nahe, dass insbesondere kognitive Verhaltenstherapie in digitaler Form ein vielversprechender Ansatz zur Linderung depressiver Symptome dieser Zielgruppe darstellt. Hingegen bedürfen die übrigen untersuchten Interventionen zusätzlicher wissenschaftlicher Forschung, sowohl im Hinblick auf die Symptomlinderung als auch auf die Stärkung der psychischen Gesundheitskompetenz.

Die Pflegewissenschaft kann in diesem Feld einen bedeutenden Beitrag leisten, etwa durch die Entwicklung, Evaluation und Implementierung kultursensibler digitaler Angebote. Pflegepersonen sind durch ihre Nähe zu den Patient*innen in einer Schlüsselposition, um niederschwellige Interventionen zu vermitteln, psychosoziale Belastungen frühzeitig zu erkennen und die psychische Gesundheitskompetenz gezielt zu stärken. Eine stärkere Einbindung pflegewissenschaftlicher Perspektiven in Forschung und Praxis ist daher zentral, um die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund nachhaltig zu verbessern.

Literaturverzeichnis

- Aichberger, M. C., Schouler-Ocak, M., Mundt, A., Busch, M. A., Nickels, E., Heimann, H. M., ... & Rapp, M. A. (2010). Depression in middle-aged and older first-generation migrants in Europe: Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *European Psychiatry*, 25(8), S.468–475, [online] doi:10.1016/j.eurpsy.2009.11.009.
- AlHazmi, F. S. M., AlHazmi, N. N., AlHazmi, S. W. A., AlHazmi, A. D., Al Garni, M. A. B., AlHarbi, S. H. M. & AlEdwany, A. A. M. (2024). The role of nurses in early detection of mental health issues. *International Neurology Journal*, 28(3), S. 909-913. <https://doi.org/10.5123/inj.2024.1.inj180>
- Alvarez, C., Aryal, S., Vraný, E., Sánchez-Román, M. J., Quiles, R., Escobar-Acosta, L. & Hill-Briggs, F. (2024). Remote delivery of the Cuidándose telehealth intervention for self-management of depression and anxiety among Latina immigrant women: Randomized controlled trial. *JMIR Formative Research*, 8, e52969. <https://doi.org/10.2196/52969>.
- Anzenberger, J., Bodenwinkler, A., & Breyer, E. (2015). Migration und Gesundheit. Literaturbericht zur Situation in Österreich. Wien: Gesundheit Österreich GmbH. [online] <https://jasmin.goeg.at/id/eprint/115/1/Migration%20und%20Gesundheit%202015.pdf> [abgerufen am 02.04.2025].
- Ashing, K. & Rosales, M. (2014). A telephonic-based trial to reduce depressive symptoms among Latina breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 23(5), S. 507–515. <https://doi.org/10.1002/pon.3441>.
- Baumann, M., Stargardt, T. & Frey, S. (2020). Cost-Utility of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy in Unipolar Depression: A Markov Model Simulation. *Applied Health Economics and Health Policy*, 18(4), S. 567–578. doi: 10.1007/s40258-019-00551-x.
- Baumeister, A., Aldin, A., Chakraverty, D., Hübner, C., Adams, A., Monsef, I., ... & Wooten, C. (2023). Interventions for improving health literacy in migrants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11(11), CD013303. doi:10.1002/14651858.CD013303.pub2.
- Bjørnsen, H. N., Eilertsen, M. E. B., Ringdal, R., Espnes, G. A. & Moksnes, U. K. (2017). Positive mental health literacy: Development and validation of a measure among Norwegian adolescents. *BMC Public Health*, 17(1), S. 717. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4733-6>.
- Bundeskanzleramt der Republik Österreich (2023). Statistical Yearbook „Migration & Integration“. [online] <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/service/publikationen-aus-dem-bundeskanzleramt/publikationen-zu-integration/integrationsberichte.html> [abgerufen am 20.08.2025].
- Bundeskanzleramt der Republik Österreich (2025). Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. Rechtsinformationssystem des Bundes. [online] <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026> [abgerufen am 20.08.2025].
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2025). Was ist Gesundheitskompetenz?. Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs. [online] <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/gesundheitsfoerderung/gesundheitskompetenz.html> [abgerufen am 20.03.2025].

- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2025). Gesundheitsförderung. [online] <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitsfoerderung.html> [abgerufen am 20.03.2025]
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2025). Depression: Diagnose und Therapie. Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs. [online] <https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/psyche/depression/diagnose-therapie.html> [abgerufen am 08.04.2025].
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2025). Gesundheitsziel 3. Gesundheitsziele Österreich. [online] <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/gesundheitsziele-und-arbeitsgruppen/gesundheitsziel-3/> [abgerufen am 08.04.2025].
- Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2024). Flucht und Migration. Grundlagen und Begriffe. [online] <https://www.bmz.de/de/themen/flucht/fachbegriffe#lexicon=21868> [abgerufen am 23.05.2024].
- Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2024). Migrantinnen und Migranten. [online] <https://www.bmz.de/de/service/lexikon/migranten-21858?enodia=eyJleHAiOiE3MTY0OTMyNzQsImNvb3RlbnQiOnRydWUsImF1ZCI6ImF1dGgiLCJib3N0Ijoia3d3LmJtei5kZSI6ImNvdXJjZU-IQIjoiMjAwMT04NzE6MjBmO-jI4MjoyNGEYmOmQwZDE6MzgzMDozNTEzIiwia29uZmlnSUQiOiI4ZGFkY2UxMjVmZDJjMzZkMmI5NDNiN-TJlOWQyY2Q2NTA1NzU0ZTE2MjIxMmEyY2UxYmI1YWYxNWMwZDRiYmZ-Iln0=.UNTxub5XK9N2840ghyuZz3DNiPpWTsxLf0rYSIvOBnE=> [abgerufen am 23.04.2024].
- Bundespsychotherapeutenkammer (2021). BPtK-Auswertung: Monatelange Wartezeiten bei Psychotherapeutinnen. [online] <https://www.bptk.de/pressemitteilungen/bptk-auswertung-monatelange-wartezeiten-bei-psychotherapeutinnen/> [abgerufen am 23.03.2025].
- Bundeszentrale für politische Bildung (2018). Was ist Migration? [online] <https://www.bpb.de/themen/migration-integration/dossier-migration/504450/was-ist-migration/> [abgerufen am 25.05.2024].
- Bundeszentrale für politische Bildung (2021). Gesundheit. [online] <https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/datenreport-2021/sozialstruktur-und-soziale-lagen/330050/gesundheit/> [abgerufen am 23.05.2024].
- Button, K. S. & Munafò, M. R. (2015). Addressing risk of bias in trials of cognitive behavioral therapy. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 27(3), S. 144–148. doi: 10.11919/j.issn.1002-0829.215042.
- Casas, R. N., Gonzales, E., Aldana-Aragón, E., Lara-Muñoz, M. C., Kopelowicz, A., Andrews, L. & López, S. R. (2014). Toward the early recognition of psychosis among Spanish speaking adults on both sides of the US-Mexico border. *Psychol. Serv.*, 11(4), S. 460-469. doi:10.1037/a0038017.
- Choi, Y.-J. (2017). Effects of a Program to Improve Mental Health Literacy for Married Immigrant Women in Korea. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(4), S. 394–398. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.04.012>.
- Choi, I., Zou, J., Titov, N., Dear, B. F., Li, S., Johnston, L., ... & Hunt, C. (2012). Culturally attuned internet treatment for depression amongst Chinese Australians: A randomised

- controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), S. 459–468. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.11.003>.
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N. & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45(1), S. 11–27. doi:10.1017/S0033291714000129.
- Critical Appraisal Skills Programme (2021). CASP Randomised Controlled Trial Standard Checklist. [online] <https://casp-uk.net/checklists/casp-rct-randomised-controlled-trial-checklist.pdf> [abgerufen am 23.05.2024].
- Critical Appraisal Skills Programme (2025). How to use the CASP checklists. [online] <https://casp-uk.net/how-to-use-checklist/> [abgerufen am 20.08.2025].
- Dutton, M. A. (1992). Empowering and healing the battered woman: A model for assessment and intervention. Springer Publishing Company.
- Dwight-Johnson, M., Aisenberg, E., Golinelli, D., Hong, S., O'Brien, M. & Ludman, E. (2011). Telephone-based cognitive-behavioral therapy for Latino patients living in rural areas: A randomized pilot study. *Psychiatric Services*, 62(8), S. 936–942. doi: 10.1176/ps.62.8.pss6208_0936.
- El-Haj-Mohamad, R., Stammel, N., Heinz, A., Knaevelsrud, C. & Böttche, M. (2022). Smartphone-delivered mental health care interventions for refugees: A systematic review of the literature. *Global Mental Health*, 23;10:e6. <https://doi.org/10.1017/gmh.2022.35>
- Europäische Union (2021). Die Situation von Migranten und Flüchtlingen in Europa. [online] https://youth.europa.eu/get-involved/your-rights-and-inclusion/situation-migrants-and-refugees-europe_de [abgerufen am 23.05.2024].
- Europäisches Parlament (2024). Was sind die Ursachen von Migration?. [online] <https://www.europarl.europa.eu/topics/de/article/20200624STO81906/was-sind-die-ursachen-von-migration> [abgerufen am 13.04.2025].
- Fabian, K. E., Foster, K. T., Chwastiak, L., Turner, M. & Wagenaar, B. H. (2023) Adapting a transdiagnostic digital mental health intervention for use among immigrant and refugee youth in Seattle: a human-centered design approach. *Translational Behavioral Medicine*, 13(11), S. 867–875. doi: 10.1093/tbm/ibad041.
- Feak, C. B. & Swales, J. M. (2009). Telling a research story: Writing a literature review. Ann Arbor: University of Michigan Press. <https://doi.org/10.3998/mpub.309338>.
- Gagnon, M.P., Sasseville, M. & Leblanc, A. (2022). Classification of digital mental health interventions: A rapid review and framework proposal. *Studies in Health Technology and Informatics*, 294, S.629–633. doi:10.3233/SHTI220545.
- Ganahl, K., Dahlvik, J., Röthlin, F., Alpagu, F., Sikic-Fleischhacker, A., Peer, S., & Pelikan, J. M. (2016). Gesundheitskompetenz bei Personen mit Migrationshintergrund aus der Türkei und Ex-Jugoslawien in Österreich. Ergebnisse einer quantitativen und qualitativen Studie. [online] <https://oepgk.at/website2023/wp-content/uploads/2018/10/gk-und-migration.pdf> [abgerufen am 13.02.2025].
- García, Y., Ferrás, C., Rocha, Á. & Aguilera, A. (2019). Exploratory Study of Psychosocial Therapies with Text Messages to Mobile Phones in Groups of Vulnerable Immigrant Women, *Journal of Medical Systems*, 43(8), S. 277. <https://doi.org/10.1007/s10916-019-1393-3>.

- Hedman, E., Ljótsson, B. & Lindefors, N. (2012). Cognitive behavior therapy via the Internet: a systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 12(6), S. 745–764. doi: 10.1586/erp.12.67.
- Henrich, J., Heine, S. J., & Norenzayan, A. (2010). The weirdest people in the world?. *Behavioral and Brain Sciences*, 33(2–3), S. 61–83. doi: 10.1017/S0140525X0999152X.
- Hernandez, M. Y. & Organista, K. C. (2013). Entertainment–Education? A Fotonovela? A New Strategy to Improve Depression Literacy and Help-Seeking Behaviors in At-Risk Immigrant Latinas. *American Journal of Community Psychology*, 52(3–4), S. 224–235. <https://doi.org/10.1007/s10464-013-9587-1>.
- Higgins, J. P. T., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J. & Welch, V. A. (2024). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions (version 6.5). Cochrane. [online] <https://www.cochrane.org/handbook> [abgerufen am 23.08.2025].
- Horvat, L., Horey, D., Romios, P. & Kis-Rigo, J. (2014). Cultural competence education for health professionals. *Cochrane Database Syst Rev.*, 5;2014(5):CD009405. doi: 10.1002/14651858.CD009405.pub2.
- Hwang, M. & Chang, A. K. (2023). The effect of nurse-led digital health interventions on blood pressure control for people with hypertension: A systematic review and meta-analysis. *J Nurs Scholarsh*, 55(5), S. 1020-1035. doi: 10.1111/jnu.12882.
- Jordan, S. & Hoebel, J. (2015). Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland - Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 58(9), S.942–950. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2200-z>.
- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177, S. 396–401. doi:10.1192/bjp.177.5.396.
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *Am Psychol.*, 67(3), S. 231–243. <https://doi.org/10.1037/a0025957>.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B. & Pollitt, P. (1997). Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166(4), S. 182–186. doi:10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x.
- Kiropoulos, L. A., Griffiths, K. M. & Blashki, G. (2011). Effects of a multilingual information website intervention on the levels of depression literacy and depression-related stigma in Greek-born and Italian-born immigrants living in Australia: A randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 13(2), p.e34. <https://doi.org/10.2196/jmir.1527>.
- Kolpatzik, K., Schaeffer, D. & Vogt, D. (2018). Förderung der Gesundheitskompetenz – eine Aufgabe der Pflege. Szepan, N.-M. & Wagner, F. (Hrsg.) Agenda Pflege 2021. Berlin: KomPart, S. 73–89. [online] https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publicationen_Produkte/GGW/wido_ggw_0218_kolpatzik_et_al.pdf [abgerufen am 08.04.2025].
- Li, Y., Rhee, H., Bullock, L. F. C., McCaw, B. & Bloom, T. (2024). Self-compassion, health, and empowerment: A pilot randomized controlled trial for Chinese immigrant women experiencing intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 39(7–8), S. 1571–1595. doi: 10.1177/08862605231207624.

- Lindegaard, T., Seaton, F., Halaj, A., Berg, M., Kashoush, F., Barchini, R., ... & Andersson, G. (2021). Internet-based cognitive behavioural therapy for depression and anxiety among Arabic-speaking individuals in Sweden: A pilot randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 50(1), S. 47–66. <https://doi.org/10.1080/16506073.2020.1771414>.
- López, S. R., Kopelowicz, A., Solano, S., Lara, M. C., Foncerrada, H. & Aguilera, A. (2009). La CLAVE to increase psychosis literacy of Spanish-speaking community residents and family caregivers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), S. 763–774. <https://doi.org/10.1037/a0016031>
- Massoudi, B., Holvast, F., Bockting, C. L. H., Burger, H. & Blanker, M. H. (2018). The effectiveness and cost-effectiveness of e-health interventions for depression and anxiety in primary care: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 234, S. 1–10. doi:10.1016/j.jad.2018.02.049
- Moshe, I., Terhorst, Y., Philippi, P., Domhardt, M., Cuijpers, P., Cristea, I., ... & Sander, L. B. (2021). Digital interventions for the treatment of depression: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 147(8), S. 749–786. doi:10.1037/bul0000334.
- Nittas, V., Chavez, S. J. & Daniore, P. (2025). Current practice and expert perspectives on cultural adaptations of digital health interventions: Qualitative study. *JMIR mHealth and uHealth*, 13, e59965. <https://doi.org/10.2196/59965>
- Nowotny, M., Kern, D., Breyer, E., Bengough, T. & Griebler, R. (Hrsg.), (2019). Depressionsbericht Österreich: Eine interdisziplinäre und multiperspektivische Bestandsaufnahme. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.
- Nygren, T., Brohede, D., Koshnaw, K., Osman, S. S., Johansson, R. & Andersson, G. (2019). Internet-based treatment of depressive symptoms in a Kurdish population: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*, S. 1-14. doi:10.1002/jclp.22753.
- O'Connor, M., & Casey, L. (2015). The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy. *Psychiatry Research*, 229(1–2), S. 511–516. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.064>
- OpenAI (2025). ChatGPT (GPT-4o). [online] <https://chat.openai.com/chat> [abgerufen am 21.08.2025].
- Osmancevic, S., Steiner, L. M., Großschädl, F., Lohrmann, C. & Schoberer, D. (2025). The effectiveness of cultural competence interventions in nursing: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 141, 104500. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2025.105079>.
- Popay, J., Roberts, H., Sowden, A., Petticrew, M., Arai, L., Rodgers, M., ... & Duffy, S. (2006). Guidance on the Conduct of Narrative Synthesis in Systematic Reviews: A Product from the ESRC Methods Programme. *Lancaster University*. <https://www.lancaster.ac.uk/media/lancaster-university/content-assets/documents/fhm/dhr/chir/NSsynthesisguidanceVersion1-April2006.pdf>
- Radhamony, R., Cross, W. M. & Townsin, L. (2021). Nursing education to enhance culturally and linguistically diverse (CALD) community access to mental health services: A scoping review. *Issues in Mental Health Nursing*, 42(11), S. 1048–1063. doi: 10.1080/01612840.2021.1925792

- Radu, I., Scheermesser, M., Spiess, M. R., Schulze, C., Händler-Schuster, D. & Pehlke-Milde, J. (2023). Digital Health for Migrants, Ethnic and Cultural Minorities and the Role of Participatory Development: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(20), S. 6962. doi: 10.3390/ijerph20206962.
- Robert Koch Institut (2025). Gesundheitskompetenz/Health Literacy. [online] <https://www.rki.de/DE/Themen/Gesundheit-und-Gesellschaft/Gesundheitliche-Einflussfaktoren-A-Z/G/Gesundheitskompetenz/gesundheitskompetenz-node.html> [abgerufen am 20.03.2025].
- Ryder, A. G., Yang, J., Zhu, X., Yao, S. & Heine, S. J. (2008). The cultural shaping of depression: Somatic symptoms in China, psychological symptoms in North America. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(2), S. 300–313. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.117.2.300>.
- Schaeffer, D., Berens, E.-M., Gille, S., Griese, L., Klinger, J., de Sombre, S., ... & Hurrelmann, K. (2021). Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vor und während der Corona-Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2. Bielefeld: Universität Bielefeld, Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung. [online] <https://doi.org/10.4119/unibi/2950305>. [abgerufen am 22.03.2025].
- Schloemer, T., & Schröder-Bäck, P. (2018). Criteria for evaluating transferability of health interventions: a systematic review and thematic synthesis. *Implementation Science*, 13(1), 88. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0751-8>.
- Schröder, R., Hamer, T., Suhr, R. & König, L. (2025). Attitudes toward psychotherapeutic treatment and health literacy in a large sample of the general population in Germany: Cross-sectional study. *JMIR Public Health and Surveillance*, 11. doi:10.2196/e67078.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, S.80. doi:10.1186/1471-2458-12-80.
- Statistik Austria (2023). Statistisches Jahrbuch. Migration und Integration. [online] https://www.statistik.at/fileadmin/user_upload/MIG2023.pdf [abgerufen am 23.05.2024].
- Statistik Austria (2024). Migration & Integration 2024. Statistisches Jahrbuch. [online] <https://www.statistik.at/fileadmin/announcement/2024/07/20240708MigrationIntegration2024.pdf> [aufgerufen am 09.04.2025].
- Tranfield, D., Denyer, D. & Smart, P. (2003). Towards a methodology for developing evidence-informed management knowledge by means of systematic review. *British Journal of Management*, 14(3), S. 207–222. <https://doi.org/10.1111/1467-8551.00375>.
- Tveiten S. (2021). Empowerment and Health Promotion in Hospitals. In: Haugan, G. & Eriksson, M., (editors). *Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research*. Cham (CH): Springer; 2021. Chapter 13. PMID: 36315713. [online] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK585651/> [abgerufen am 23.08.2025].
- Unger, J. B., Cabassa, L. J., Molina, G. B., Contreras, S. & Baron, M. (2013). Evaluation of a fotonovela to increase depression knowledge and reduce stigma among Hispanic adults. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 15(2), S. 398–406. <https://doi.org/10.1007/s10903-012-9623-5>.

- United Nations (1998). Recommendations on statistics of international migration. [online] https://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesM/SeriesM_58rev1e.pdf [abgerufen am 08.08.2024].
- Ünlü Ince, B., Cuijpers, P., van 't Hof, E., van Ballegooijen, W., Christensen, H. & Riper, H. (2013). Internet-Based, Culturally Sensitive, Problem-Solving Therapy for Turkish Migrants With Depression: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 15(10), e227. doi:10.2196/jmir.2853.
- Van de Vijver, F. J. R., & Tanzer, N. K. (2004). Bias and equivalence in cross-cultural assessment: An overview. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 54(2), S. 119–135. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2003.12.004>.
- Vonneilich, N., Becher, H., Bohn, B., Brandes, B., Castell, S., Deckert, A., ... & von dem Knesebeck, O. (2023). Associations of migration, socioeconomic position and social relations with depressive symptoms – Analyses of the German National Cohort baseline data. *International Journal of Public Health*, 68, S. 1606097. doi:10.3389/ijph.2023.1606097.
- Walzer, S., Armbruster, C., Mahler, S., Farin-Glattacker, E. & Kunze, C. (2025). Factors Influencing the Implementation and Adoption of Digital Nursing Technologies: Systematic Umbrella Review. *Journal of Medical Internet Research*, 27, S. e64616. doi:10.2196/64616.
- Wiles, N., Thomas, L., Abel, A., Ridgway, N., Turner, N., Campbell, J., ... & Lewis, G. (2013). Cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for primary care based patients with treatment resistant depression: results of the CoBalT randomised controlled trial. *Lancet*, 381(9864), S. 375–384. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61552-9.
- World Health Organization (2013). Health literacy – The solid facts. [online] <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf> [abgerufen am 28.03.2025].
- World Health Organization (2022). WHO guidelines on mental health at work. Geneva: World Health Organization. [online] https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK586364/pdf/Bookshelf_NBK586364.pdf. [abgerufen am 05.04.2025].
- Wynn, M., Garwood-Cross, L., Vasilica, C., Griffiths, M., Heaslip, V. & Phillips, N. (2023). Digitizing nursing: A theoretical and holistic exploration to understand the adoption and use of digital technologies by nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 79(10), S. 3737–3747. <https://doi.org/10.1111/jan.15810>
- Yeung, A., Shyu, I., Fisher, L., Wu, S., Yang, H. & Fava, M. (2010). Culturally sensitive collaborative treatment for depressed Chinese Americans in primary care. *American Journal of Public Health*, 100(12), S. 2397–2402. doi:10.2105/AJPH.2009.184911.
- Yeung, A., Martinson, M. A., Baer, L., Chen, J., Clain, A., Williams, A., ... & Fava, M. (2016). The effectiveness of telepsychiatry-based culturally sensitive collaborative treatment for depressed Chinese American immigrants: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 77(8), S. 996–1002. doi:10.4088/JCP.15m09952.
- Zhou, Y., Xu, J. & Rief, W. (2020). Are comparisons of mental disorders between Chinese and German students possible? An examination of measurement invariance for the PHQ-15, PHQ-9 and GAD-7. *BMC Psychiatry*, 20, 480. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02859-8>.

Zur sprachlichen Optimierung und Zusammenfassung von Textpassagen sowie zur Ideengenerierung wurde folgendes Tool verwendet: OpenAI, 2025. *ChatGPT (GPT-4o)*