

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie  
der Universität Würzburg

Direktor: Professor Dr. med. Jürgen Deckert

**Patienten mit Migrationshintergrund in einem Bezirkskrankenhaus –  
eine klinische Querschnittsanalyse**

Inaugural - Dissertation  
zur Erlangung der Doktorwürde der  
Medizinischen Fakultät  
der  
Julius-Maximilians-Universität Würzburg

vorgelegt von  
Katrin Fleckenstein  
aus Sailauf

Würzburg, Juni 2020

**Referent:** Prof. Dr. med. Dominikus Bönsch  
**Korreferent:** Prof. Dr. med. Jürgen Deckert  
**Dekan:** Prof. Dr. Matthias Frosch

**Tag der mündlichen Prüfung:** 15. September 2020

Die Promovendin ist Ärztin

# Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung .....	1
1.1 Ausländische Bevölkerung in Deutschland.....	1
1.2 Psychische Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund .....	2
1.3 Fragestellung und Ziel der Querschnittsanalyse.....	4
2. Material und Methoden .....	6
2.1 Studiendesign.....	6
2.2 Studienpopulation.....	6
2.3 Datenerhebung .....	7
2.4 Datenquellen .....	8
2.4.1 elektronische Patientenakte.....	8
2.4.2 Fragebögen .....	9
2.5 Datenaufbereitung.....	12
2.5.1 Aufbereitung der Daten aus der elektronischen Patientenakte .....	12
2.5.2 Aufbereitung der Daten aus den Fragebögen .....	14
2.6 Datenauswertung.....	15
2.6.1 $\chi^2$ -Test, Yates-Korrektur und Exakter Test nach Fisher .....	15
2.6.2 T-Test .....	16
3. Ergebnisse.....	17
3.1 Anteil der Patienten mit und ohne Migrationshintergrund (MIH) innerhalb von 8 Wochen .....	17
3.2 Vergleich der Patienten mit und ohne Migrationshintergrund .....	17
3.2.1 Entlass-Stationen.....	18
3.2.2 Entlass-Diagnosen .....	19

3.2.3	Geschlecht .....	25
3.2.4	Alter .....	27
3.2.5	Stationäre Aufenthaltsdauer .....	29
3.3	Geburtsländer der Patienten mit Migrationshintergrund .....	32
3.4	Vergleich der osteuropäischen und türkischen Patienten.....	33
3.4.1	Entlass-Diagnosen .....	33
3.4.2	Geschlecht .....	36
3.4.3	Alter .....	36
3.5	Charakterisierung der Studienteilnehmer des 1. Fragebogens.....	37
3.6	Lebensumstände der Patienten mit Migrationshintergrund .....	38
3.6.1	Traumatisierung und größte Stressfaktoren .....	39
3.6.2	Soziale Unterstützung .....	41
3.6.3	Sozioökonomischer Status.....	43
3.7	Aspekte hinsichtlich der Integration .....	45
3.7.1	Migrationsalter.....	45
3.7.2	Migrationsgründe.....	46
3.7.3	Aufenthaltsdauer in Deutschland .....	47
3.7.4	Deutschkenntnisse .....	48
3.8	Krankheitsempfinden und Erwartungen an den Klinikaufenthalt.....	48
3.8.1	Beschwerden und Vergleich mit Diagnose.....	48
3.8.2	Einstellungen gegenüber der psychiatrischen Behandlung im Bezirkskrankenhaus Lohr und gegenüber den Therapien.....	50
3.9	Charakterisierung der Studienteilnehmer des 2. Fragebogens.....	54
3.10	Reflexion des Klinikaufenthaltes.....	55
3.10.1	Zustandsverbesserung und Zustandsbewertung.....	55

3.10.2	Verbesserung der Beschwerden .....	56
3.10.3	Beurteilung der Therapien.....	57
3.10.4	Männliche oder weibliche Therapeuten und Religions- oder Kulturangebot .....	58
3.10.5	Andere Patienten und Verbesserungsvorschläge.....	59
4.	Diskussion .....	61
4.1	Kontexteinordnung der vorliegenden Querschnittsanalyse .....	61
4.2	Beantwortung der Fragestellung.....	61
4.2.1	Anteil der Patienten mit Migrationshintergrund in stationär psychiatrischer Behandlung.....	62
4.2.2	Unterschiede bezüglich der psychischen Gesundheit der Patienten mit Migrationshintergrund und der Patienten ohne Migrationshintergrund.....	63
4.2.3	Länder in denen die Patienten mit Migrationshintergrund, die sich in stationär psychiatrischer Behandlung befanden, geboren sind.....	67
4.2.4	Unterschiede bezüglich der psychischen Gesundheit der in Osteuropa und in der Türkei geborenen Patienten .....	68
4.2.5	Lebensumstände der Patienten mit Migrationshintergrund .....	70
4.2.6	Aussagen der Patienten mit Migrationshintergrund hinsichtlich der Integration .....	72
4.2.7	Krankheitsempfinden und Erwartungen an den Klinikaufenthalt der Patienten mit Migrationshintergrund.....	75
4.2.8	Reflexion des Klinikaufenthaltes der Patienten mit Migrationshintergrund .....	77
4.3	Limitationen der Querschnittsanalyse, Empfehlungen und weiterer Forschungsbedarf .....	81
4.3.1	Definition Migrationshintergrund.....	81
4.3.2	Korrelationen .....	82

4.3.3	Studienpopulation und Daten aus den Patientenfragebögen.....	82
4.3.4	Empfehlungen und weiterer Forschungsbedarf .....	84
5.	Zusammenfassung.....	87
6.	Literaturverzeichnis.....	90
7.	Tabellenverzeichnis .....	95
8.	Abbildungsverzeichnis .....	96
9.	Anhang.....	99
9.1	Unbedenklichkeitsbescheinigung der Ethik-Kommission .....	100
9.2	1. Fragebogen .....	101
9.3	2. Fragebogen .....	109
9.4	Ausformulierte Verbesserungsvorschläge.....	112

# 1. Einleitung

## 1.1 Ausländische Bevölkerung in Deutschland

Deutschland ist im europäischen Vergleich ein Hauptzielland von Migration [1]. Gemäß dem Ausländerzentralregister (AZR), in dem ausländische Personen erfasst werden, die sich länger als drei Monate in der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, hat sich die Zahl der in Deutschland lebenden ausländischen Personen seit der Wiedervereinigung im Jahr 1990 von 5,9 Millionen auf 10,0 Millionen Personen zum Jahresende 2016 erhöht. Besonders in den letzten vier Jahren ist die Zahl an ausländischen Staatsangehörigen, welche nach dem AZR als alle Personen, die nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, definiert werden, kontinuierlich gestiegen. So wurde im Vergleich zum Jahr 2013 im Jahr 2014 ein Anstieg der ausländischen Bevölkerung um 6,8% (520.000 Personen) und im Jahr 2015 aufgrund des andauernden Flüchtlingsstromes eine Zunahme um 11,7% (955.000 Personen) registriert. Auch im Jahr 2016 wurde eine Erhöhung um 10,1% (924.000 Personen) verzeichnet. Am 31.03.2017 lebten laut dem AZR 10.142.486 ausländische Staatsangehörige in Deutschland. Dabei bildeten mit 1.490.731 Personen (14,7%) die türkischen Staatsangehörigen die größte ausländische Personengruppe, gefolgt von den polnischen Staatsangehörigen mit 792.991 Personen (7,8%) und damit zweitgrößter ausländischer Nationalitätsgruppe. An dritter Stelle rangierten mit 657.945 Personen (6,5%) syrische Staatsangehörige.[2]

2015 erreichte die Zahl der Asylersanträge mit 441.900 einen historischen Höchststand und stieg gegenüber dem Vorjahr um 155% an (2014: 173.100 Asylersanträge). In der Europäischen Union ist Deutschland der Mitgliedstaat, in dem die meisten Asylanträge gestellt werden. Die meisten Asylbewerber innerhalb des Fünf-Jahres-Zeitraumes von 2011 bis 2015 stammten aus den Ländern Syrien (26%), Afghanistan und Albanien (jeweils 8%). [1]

## **1.2 Psychische Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund**

Migration kann eine bestimmte psychosoziale Vulnerabilität mit sich bringen. Erzwungene Umsiedlungen, die das Ergebnis von Krieg, Konflikten, Unsicherheit oder Naturkatastrophen sind, stellen größere Gefahren für die seelische und psychosoziale Gesundheit sowie das Wohlergehen der Migranten dar. Nichtsdestotrotz kann auch im Falle einer freiwilligen, gut organisierten Migration die Trennung von Familien und Freunden und das Risiko der Ausbeutung, Diskriminierung und Fremdenfeindlichkeit oder erlebte sexuelle und geschlechts-abhängige Gewalt in den Durchreise- und Zielländern die Vulnerabilität der Migranten für psychische Krankheiten erhöhen. [3] Mit einem Anteil von 3,4% der Weltbevölkerung, die außerhalb ihrer Geburtsländer lebt, [4] ist der Druck auf das Gesundheitssystem das Risiko dieser Bevölkerungsgruppe für psychiatrische Störungen zu verstehen immens, auch im Hinblick auf die Folgen für das Gesundheitswesen. [5]

Während es auf der einen Seite Studien aus dem Jahr 1994 [6] und 1999 [7] gibt, die zu dem Ergebnis kamen, dass Migranten im Vergleich zu ihrem Anteil an der Wohnbevölkerung in der stationär psychiatrischen Behandlung unterrepräsentiert sind, kamen Koch et al. [8] in ihrer Studie aus dem Jahr 2007 zu dem Ergebnis, dass Menschen mit Migrationshintergrund entsprechend ihrem Bevölkerungsanteil stationär psychiatrisch behandelt werden.

Bezüglich der Diagnosen-Verteilung zwischen Migranten und Nichtmigranten gibt es Untersuchungen, bei denen ein häufigeres Auftreten von Alkohol- und Drogenabhängigkeit [9, 10] sowie Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis [11, 12] bei Migranten im Vergleich zu Nichtmigranten festgestellt wurden. Demgegenüber konnte in einer Metaanalyse jedoch nicht bestätigt werden, dass Migranten ein höheres Risiko für affektive Störungen haben als Nichtmigranten [5]. In einem Review wurde konstatiert, dass Flüchtlinge 10 Mal häufiger unter Belastungsstörungen leiden, als die gleichaltrige einheimische Bevölkerung [13].

Koch et al. [8] verglichen in ihrer 2007 durchgeführten Studie Migranten mit türkischer Herkunft und Migranten mit osteuropäischer Herkunft, die sich in stationär psychiatrischer Behandlung befanden, miteinander. Bei der Gegenüberstellung der

beiden größten, in Deutschland lebenden Migrantengruppen kamen die Autoren zu dem Ergebnis, dass aus Osteuropa stammende Patienten häufiger unter einer Abhängigkeit von illegalen Drogen und Alkohol leiden, während ein statistischer Trend festgestellt wurde, der zeigte, dass bei türkischen Patienten häufiger affektive Störungen diagnostiziert wurden.

Hinsichtlich der Faktoren, welche das Auftreten psychiatrischer Erkrankungen begünstigen, wurde in mehreren Studien resümiert, dass eine schlechte psychische Gesundheit mit einem Mangel an sozialer Unterstützung assoziiert ist [14-18]. Außerdem steht ein geringer sozioökonomischer Status, der anhand des Einkommens gemessen wird, im Zusammenhang mit einem erhöhten Risiko aufgrund einer psychotischen Störung stationär behandelt zu werden [19]. Dies ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass besonders Migranten vulnerable Gruppen sein können, mit einem schwierigeren Zugang zum Arbeitsmarkt [5].

Die Gründe, welche eine Migration bedingen, sind auf der einen Seite sogenannte „pull factors“, wie beispielsweise eine bessere wirtschaftliche Situation, aufgrund derer sich Migranten zu einem anderen Land hingezogen fühlen. Auf der anderen Seite gibt es sogenannte „push factors“, wie politische und religiöse Gründe, aufgrund derer sich Migranten von ihrem ursprünglichen Heimatland abgestoßen fühlen können. [20] Verschiedene Erklärungen sehen sowohl in Prä- als auch in Postmigrationsfaktoren Risikofaktoren, die das Auftreten von psychiatrischen Erkrankungen bei Migranten erhöhen [5]. Dabei kann Isolierung, Diskriminierung, erlebte Ablehnung und Feindseligkeit in Gesellschaften, in denen die Aufnahme von Ausländern mit einem negativen Kontext assoziiert ist, zu Stress für die Migranten führen.[21]

Sandhu et al.[22] sammelten in ihrer 2013 veröffentlichten Studie die Erfahrungen mit der Behandlung von Migranten im psychiatrischen Bereich in 16 europäischen Ländern. Die Autoren kamen zu dem Ergebnis, dass es Herausforderungen hinsichtlich des Stellens der richtigen Diagnose bei Patienten mit Migrationshintergrund gibt.

Maier und Straub [23] konstatierten in ihrer 2011 veröffentlichten Studie, in der sie traumatisierte Migranten zu ihrem Krankheitsbild und ihren Erwartungen an die Therapie befragten, dass die meisten Studienteilnehmer keine klar definierten

Erwartungen hinsichtlich der richtigen Therapie hatten. Im Allgemeinen zeigten sich die Migranten gegenüber der Psychiatrie und der psychiatrischen Behandlung reserviert, weil sie dies als soziale Stigmatisierung ansahen. Sie wussten wenig über Psychotherapie und hatten oft negative Vorurteile. Die Patienten glaubten aber, dass Medikamente und die Ärzte ihnen helfen können.

Penka et al. [24] empfehlen in ihren 2012 veröffentlichten Handlungsempfehlungen zu interkulturellen Aspekten der Interaktion und Kommunikation im psychiatrischen Behandlungssetting, dass der soziokulturelle Hintergrund der Patienten berücksichtigt werden sollte, um ein adäquates interkulturelles Behandlungssetting zu gewährleisten. Dennoch sollte, laut den Autoren, im Umgang mit Menschen mit Migrationshintergrund Kulturalisierungen und eine Überbetonung des Kulturellen vermieden werden.

### **1.3 Fragestellung und Ziel der Querschnittsanalyse**

Der Zusammenhang zwischen der psychischen Gesundheit von Patienten mit Migrationshintergrund und den Faktoren, die diese beeinflussen ist sehr komplex und vielseitig. Über den Erfolg und die Beurteilung des stationär psychiatrischen Klinikaufenthalts von Patienten mit Migrationshintergrund wurden in der Literatur keine Untersuchungen gefunden. Aus diesem Grund ist eine umfangreiche Betrachtung erforderlich.

Es ergeben sich im Einzelnen folgende Fragen, die in der vorliegenden Querschnittsanalyse behandelt werden:

1. Wie hoch ist der Anteil der Patienten mit Migrationshintergrund in stationär psychiatrischer Behandlung?
2. Gibt es Unterschiede bezüglich der psychischen Gesundheit der Patienten mit Migrationshintergrund und der Patienten ohne Migrationshintergrund?
3. In welchen Ländern sind die Patienten mit Migrationshintergrund, die sich in stationär psychiatrischer Behandlung befinden, geboren?
4. Gibt es Unterschiede bezüglich der psychischen Gesundheit der osteuropäischen Patienten und der türkischen Patienten?

5. Wie sind die Lebensumstände der Patienten mit Migrationshintergrund (Traumatisierung und Stressfaktoren, soziale Unterstützung, sozioökonomischer Status)?
6. Welche Aussagen machen Patienten mit Migrationshintergrund hinsichtlich ihrer Integration (Migrationsalter, Migrationsgründe, Aufenthaltsdauer in Deutschland, Deutschkenntnisse)?
7. Wie ist das Krankheitsempfinden und die Erwartungen an den Klinikaufenthalt der Patienten mit Migrationshintergrund?
8. Wie reflektieren die Patienten mit Migrationshintergrund ihren Klinikaufenthalt?

Ziel der vorliegenden Querschnittsanalyse, in der der Schwerpunkt auf Migranten und Asylanten in stationär psychiatrischer Behandlung in einem Bezirkskrankenhaus liegt, ist es zu einem besseren Verständnis der Risikofaktoren für die psychiatrischen Erkrankungen von Patienten mit Migrationshintergrund und den Erfolg der stationären psychiatrischen Behandlung beizutragen.

## **2. Material und Methoden**

### **2.1 Studiendesign**

Für die vorliegende Untersuchung wurde das Design einer klinischen Querschnittsanalyse gewählt.

In einem Bezirkskrankenhaus wurden Patienten mit Migrationshintergrund und Patienten ohne Migrationshintergrund mit Hilfe der Informationen aus der elektronischen Patientenakte verglichen.

Die Charakterisierung der Patienten mit Migrationshintergrund erfolgte durch die Anwendung von zwei selbst entworfenen, aufeinander aufbauenden Fragebögen, die im Bezirkskrankenhaus Lohr im Rahmen des Qualitätsmanagements eingesetzt werden. Die beiden Fragebögen wurden mit den Teilnehmern gemeinsam, in Form eines Interviews, ausgefüllt.

Die schriftliche Unbedenklichkeitsbescheinigung der Ethik-Kommission bezüglich der Durchführung der klinischen Querschnittsanalyse ist im Anhang auf Seite 100 beigefügt.

### **2.2 Studienpopulation**

Als Studienpopulation diente das Patientengut des Bezirkskrankenhauses Lohr Krankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin. Als Einschlusskriterium wurde die Aufnahme der Patienten in die Klinik in einer Zeitspanne von 8 Wochen (24.03.2017 bis 19.05.2017) und die Entlassung der Patienten bis zu 10 Wochen nach dem letzten Aufnahmetag (28.07.2017) gewählt. Abgesehen von der Forensik, der Alkohol-Langzeittherapie-Station und der Tagesklinik, wurde die Aufnahme auf allen Stationen des Bezirkskrankenhauses Lohr erfasst.

Die Patienten wurden zunächst in zwei Gruppen aufgeteilt: „Nichtmigranten“ und „Patienten mit Migrationshintergrund“. Dabei wurde die Zugehörigkeit zu der Gruppe der Patienten mit Migrationshintergrund in Anlehnung an Stronks et al. [25, 26] wie folgt definiert: entweder die Person selbst und mindestens ein Elternteil ist nicht in Deutschland geboren (erste Generation), oder beide Elternteile sind nicht in Deutschland geboren (zweite Generation).

Patienten, die diese Definitionskriterien nicht erfüllten, wurden zur Gruppe der „Nichtmigranten“ gezählt.

Die Gruppe der „Patienten mit Migrationshintergrund“ wurde anschließend in „Migranten“ und „Asylanten“ untergliedert. Die Gruppe der „Asylanten“ bestand hierbei aus Asylbewerbern und anerkannten Asylanten. Alle anderen Patienten mit Migrationshintergrund, die keinen Asylantenstatus hatten, bildeten die Gruppe der „Migranten“.

### **2.3 Datenerhebung**

Alle Patienten die während des Zeitraumes von 8 Wochen (24.03.2017 bis 19.05.2017) stationär aufgenommen wurden, wurden nach der Aufnahme persönlich kontaktiert und nach ihrem Geburtsland sowie dem ihrer Eltern befragt oder es wurde, falls vorhanden, in der Biographie ihrer Akte nach einem eindeutigen Hinweis bzw. Ausschluss der für die Querschnittsanalyse verwendeten Definition eines Migrationshintergrundes gesucht. Falls die Patienten einen Migrationshintergrund hatten, wurde, mit Hilfe der Informationen aus der elektronischen Patientenakte, ein möglicher Asylantenstatus abgeklärt. Somit konnten alle aufgenommenen Patienten in Nichtmigranten, Migranten und Asylanten eingeteilt werden.

Patienten, die nach den in der Querschnittsanalyse verwendeten Definitionskriterien einen Migrationshintergrund hatten, wurden wenn möglich persönlich nach Aufnahme, sobald es ihr Gesundheitszustand zuließ, kontaktiert.

Nachdem die Patienten über die Querschnittsanalyse aufgeklärt wurden und sich bereit erklärt hatten daran teil zu nehmen, wurde mit ihnen gemeinsam, in Form eines Interviews, ein Fragebogen ausgefüllt. Dieses Interview wurde auf Deutsch oder Englisch geführt. Falls, die Deutsch- bzw. Englischkenntnisse der Studienteilnehmer nicht ausreichten, um die Fragen des Fragebogens zu verstehen und beantworten zu können, wurde, wenn vorhanden, ein Übersetzer hinzugezogen. Dabei fungierten Ärzte und das Pflegepersonal als Übersetzer. In Situationen, in denen, die Deutsch- bzw. Englischkenntnisse nicht ausreichten, um den Fragebogen zu beantworten und kein Übersetzer zur Verfügung stand, war eine Studienteilnahme nicht möglich.

Von den Patienten mit Migrationshintergrund, die den Fragebogen aus diversen Gründen, auf welche im Ergebnisteil genauer eingegangen wird, nicht ausfüllten, wurde nur das Geburtsland der Patienten, sowie deren Eltern und Informationen aus der elektronischen Patientenakte erfasst.

Bis zu einer Woche vor der Entlassung wurden die Patienten, mit denen der 1. Fragebogen bearbeitet wurde, wenn möglich, erneut kontaktiert und es wurde mit ihnen zusammen ein 2. Fragebogen ausgefüllt.

Am 28.07.2017, 10 Wochen nach den 8 Wochen (14.03.2017 bis 19.05.2017), in denen alle stationären Aufnahmen erfasst wurden, wurden unter Verwendung der elektronischen Patientenakte, alle Studienteilnehmer ermittelt, die bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht entlassen waren. Diese Patienten wurden von der Querschnittsanalyse ausgeschlossen. Von den Nichtmigranten, Migranten und Asylanten, die bis zu diesem Zeitpunkt entlassen waren, wurden aus der elektronischen Patientenakte Informationen zur Charakterisierung ermittelt.

## **2.4 Datenquellen**

Die Charakterisierung aller Studienteilnehmer erfolgte zum einen mit Hilfe ihrer elektronischen Patientenakte. Zum anderen wurden mit den Patienten mit Migrationshintergrund gemeinsam zwei aufeinander aufbauende Fragebögen bearbeitet.

### **2.4.1 elektronische Patientenakte**

Aus der elektronischen Patientenakte wurde von allen Patienten, die während des Betrachtungszeitraumes von acht Wochen aufgenommen wurden und bis zu 10 Wochen nach dem letzten Tag des Betrachtungszeitraumes entlassen waren, die Entlass-Station, die Entlass-Diagnose, das Geschlecht, das Alter sowie die stationäre Aufenthaltsdauer ermittelt. Außerdem wurde der elektronischen Patientenakte entnommen, ob es sich bei dem Studienteilnehmer um einen Patienten mit Asylantenstatus handelt.

## **2.4.2 Fragebögen**

Die beiden aufeinander aufbauenden Fragebögen wurden gemeinsam mit den Patienten mit Migrationshintergrund, in Form eines Interviews ausgefüllt. Hierbei wurde der 1. Fragebogen zu Beginn des stationären Aufenthaltes und der 2. Fragebogen am Ende des Klinikaufenthaltes bearbeitet.

Von Prof. Dr. Bönsch lag eine Rohfassung des 1. Fragebogens zu Beginn der Querschnittsanalyse im Bezirkskrankenhaus Lohr vor. Dieser Entwurf wurde mit Hilfe einer Literaturrecherche in der Datenbank PubMed ergänzt.

Schließlich wurden, im 1. Fragebogen, zu Beginn des stationären Aufenthaltes, Fragen bezüglich der Ethnie, den aktuellen Lebensumständen, der Integration sowie dem Krankheitsempfinden und Erwartungen an den Klinikaufenthalt, abgefragt. Auf diese einzelnen Unterpunkte des 1. Fragebogens wird in Punkt 2.4.2.1 bis Punkt 2.4.2.4 eingegangen.

### **2.4.2.1 Ethnie**

Hinsichtlich der Ethnie wurden im 1. Fragebogen das Geburtsland der Patienten sowie deren Eltern, unter Verwendung von offenen Fragen, ermittelt.

### **2.4.2.2 Aktuelle Lebensumstände**

Unter dem Oberbegriff der aktuellen Lebensumstände wurde nach einer Traumatisierung und den größten Stressfaktoren der Patienten, der sozialen Unterstützung sowie dem sozioökonomischen Status gefragt.

#### Traumatisierung und größte Stressfaktoren

Eine mögliche Traumatisierung wurde mit einer Entscheidungsfrage ermittelt. Patienten, die diese Frage mit Ja beantworten, wurden anschließend mit einer visuellen Analogskala (VAS), die auf Seite 14 unter Punkt 2.5.2 genauer beschrieben wird, gefragt, wie sehr sie unter dieser Traumatisierung aktuell leiden. Außerdem sollten die Teilnehmer auf einer VAS ankreuzen, wie zufrieden sie mit ihrer aktuellen Lebenssituation sind. Die größten Stressfaktoren wurden mit einer 6-stufigen Multiple-Choice-Frage ermittelt.

### Soziale Unterstützung

Die soziale Unterstützung wurde mit der Frage nach einer bestehenden festen Partnerschaft, der Wohnsituation, sowie der Hilfe bei der Bewältigung von Problemen und der Herkunft dieser Hilfe erfasst. Hierbei wurde eine bestehende Partnerschaft, sowie die Hilfe bei der Bewältigung von Problemen in einer Entscheidungsfrage abgefragt. Die Frage nach der Wohnsituation wurde in einer 10-stufigen, die Frage nach der Herkunft der Hilfe bei der Bewältigung von Problemen in einer 6-stufigen Multiple-Choice Frage formuliert.

### Sozioökonomischer Status

Um den sozioökonomischen Status der Patienten zu erfassen, wurde unter Verwendung einer Multiple-Choice Frage mit 11 Antwortmöglichkeiten nach der beruflichen Situation, sowie mit einer 6-stufigen Multiple-Choice-Frage nach der Finanzierung des Lebensunterhaltes gefragt.

#### **2.4.2.3 Aspekte hinsichtlich der Integration**

Bezüglich der Integration wurden das Migrationsalter, die Migrationsgründe, die Aufenthaltsdauer in Deutschland, sowie die Deutschkenntnisse der Patienten abgefragt.

### Migrationsalter, Migrationsgründe, Aufenthaltsdauer in Deutschland

Das Migrationsalter, die Migrationsgründe und die Aufenthaltsdauer in Deutschland wurden zunächst in offenen Fragen abgefragt. Anschließend wurden die Antworten in Gruppen, die in Punkt 2.5.2 auf Seite 15 graphisch dargestellt sind, eingeordnet.

### Deutschkenntnisse

Die Frage nach den Deutschkenntnissen war als Multiple-Choice-Frage mit 3 Antwortmöglichkeiten formuliert.

#### **2.4.2.4 Krankheitsempfinden und Erwartungen an den Klinikaufenthalt**

Unter dem Gesichtspunkt des Krankheitsempfindens und den Erwartungen an den Klinikaufenthalt wurde nach den Beschwerden der Patienten gefragt, wie auch nach ihrer Einstellung gegenüber der psychiatrischen Behandlung im Bezirkskrankenhaus Lohr und ihrer Haltung hinsichtlich der verschiedenen Therapiemöglichkeiten.

### Beschwerden

Die Beschwerden der Patienten wurden in einer Multiple-Choice-Frage mit 13 Antwortmöglichkeiten abgefragt.

### Einstellung gegenüber der psychiatrischer Behandlung im Bezirkskrankenhaus Lohr und gegenüber den Therapien

Die Einstellung gegenüber der psychiatrischen Behandlung im Krankenhaus und gegenüber den Therapien wurde zum einen mit einer 3-stufigen Multiple-Choice-Frage nach dem erwarteten Erfolg des stationären Aufenthaltes und einer 7-stufigen Multiple-Choice-Frage nach den subjektiv erfolgsversprechenden Therapiemöglichkeiten erfasst. Zum anderen sollten die Patienten auf VAS ankreuzen, wie ihre Einstellung gegenüber psychiatrischen Medikamenten und Psychotherapie ist.

#### **2.4.2.5 Reflexion des Klinikaufenthaltes**

Im 2. Fragebogen, der gemeinsam mit den Patienten bis zu einer Woche vor Ende des Klinikaufenthaltes bearbeitet wurde, wurde der stationäre Aufenthalt reflektiert.

Dabei wurde nach einer Zustands- sowie Beschwerdeverbesserung, der Beurteilung der Therapien, den Therapeuten, dem Wunsch nach einem speziellen Religions- oder Kulturangebot, dem Zusammensein mit anderen Patienten, sowie nach Verbesserungsvorschlägen gefragt.

### Zustandsverbesserung und Zustandsbewertung

Mit einer Entscheidungsfrage wurde nach einer Zustandsverbesserung gefragt. Anschließend wurde mittels VAS die Zufriedenheit mit diesem aktuellen Zustand ermittelt.

### Beschwerdeverbesserung und Beurteilung der Therapien

In Form einer 12-stufigen Multiple-Choice-Frage wurden die Patienten nach einer Verbesserung ihrer Beschwerden gefragt. Die Beurteilung der einzelnen Therapien erfolgte durch die Beantwortung von drei 6-stufigen Multiple-Choice-Fragen mit gleichen Antwortmöglichkeiten und unterschiedlichen Fragestellungen. Dabei wurde in der ersten Frage erfasst, welche Therapien die Patienten bekommen haben, in der

zweiten Frage, welche Therapien am besten geholfen haben und in der dritten Frage, welche Therapien nicht geholfen haben.

#### Therapeuten und Religions- oder Kulturangebot

Die Bevorzugung männlicher oder weiblicher Therapeuten wurde ebenfalls mittels Multiple-Choice-Frage mit 3 Antwortmöglichkeiten erfasst. Der Wunsch nach einem speziellen Religions- oder Kulturangebot konnte mit einer Entscheidungsfrage beantwortet werden.

#### Andere Patienten und Verbesserungsvorschläge

Das Zusammensein mit anderen Patienten wurde mittels Multiple-Choice-Frage mit 3 Antwortmöglichkeiten erfasst. Nach Verbesserungsvorschlägen bezüglich der Therapien und des stationären Aufenthaltes wurde mit einer offenen Frage gefragt.

Die beiden kompletten Fragebögen sind im Anhang ab Seite 101 enthalten.

## **2.5 Datenaufbereitung**

### **2.5.1 Aufbereitung der Daten aus der elektronischen Patientenakte**

Aus der elektronischen Patientenakte wurden die Entlass-Stationen, die Entlass-Diagnosen, das Alter und die stationäre Aufenthaltsdauer wie folgt gruppiert:

#### Stationen

Die Patienten aus der Studienpopulation wurden auf 14 unterschiedlichen Stationen behandelt. Diese 14 Stationen wurden, wie in Tabelle 1 ersichtlich, in 5 Fachbereiche zusammengefasst.

Tabelle 1: Gruppierung der internen Stationen in Fachbereiche

Gruppierung	interne Stationsbezeichnung	Beschreibung der Stationen
Allgemeinpsychiatrie	05 unten	beschützende Frauenstation
	Haus 11	offene gemischt-geschlechtliche Station mit dem Schwerpunkt depressive Störungen und Angsterkrankungen
	18 oben	Privatstation
	19 unten	beschützende Männerstation
	19 Mitte	Soziotherapiestation - Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis
	19 oben	Soziotherapiestation - Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis
	Kriseninterventionsstation	interventionelle Behandlung von psychischen Krisen
Gerontopsychiatrie	06 oben	beschützende gerontopsychiatrische Station für Demenzerkrankte
	06 unten	offene gerontopsychiatrische Station
	09 unten	beschützende gerontopsychiatrische Station
Klinische Suchtmedizin	18 unten	geschlossene Suchtbehandlungsstation
	18 Mitte	offene Suchtbehandlungsstation
Psychosomatische Medizin	05 oben	offene gemischt-geschlechtliche Station
Station für Menschen mit Intelligenzminderung	03 unten	Psychiatrisches Diagnose- und Therapiezentrum für Menschen mit Intelligenzminderung

## Diagnosen

Bei den Patienten aus der Studienpopulationen wurden die ICD-10-Diagnosen F00 bis F98 gestellt. Diese ICD-10-Diagnosen entsprechen Psychischen und Verhaltensstörungen. In Tabelle 2 sind die ICD-10-Diagnosen in 10, für die Querschnittsanalyse verwendete, Gruppen zusammengefasst.

Tabelle 2: Gruppierung der ICD-10-Diagnosen

Gruppierung	Beschreibung der Gruppierung	ICD-10-Diagnosen
F0	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	F00-F09
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	F10-F19
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	F20-F29
F3	Affektive Störungen	F30-F39
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	F40-F48
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	F50-F59
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	F60-F69
F7	Intelligenzstörung	F70-F79
F8	Entwicklungsstörungen	F80-F89
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	F90-F98

## Alter und stationäre Aufenthaltsdauer

Alter und Aufenthaltsdauer der Patienten wurden wie in Tabelle 3 und Tabelle 4 dargestellt gruppiert.

Tabelle 3: Alter der Patienten in Gruppen

Alter-Gruppierung [in Jahren]
<18
18-21
22-30
31-40
41-50
51-65
>65

Tabelle 4: stationäre Aufenthaltsdauer der Patienten - gruppiert

stationäre Aufenthaltsdauer - Gruppierung
bis 3 Tage
bis 1 Woche
bis 14 Tage
bis 1 Monat
bis 3 Monate
> 3 Monate

## 2.5.2 Aufbereitung der Daten aus den Fragebögen

### VAS

Abbildung 1 zeigt die in den Fragebögen verwendete Visuelle Analogskala. Sie wurde verwendet, um von den Patienten eine intuitive, vom Sprachverständnis unabhängige Antwort zu bekommen. Die Länge der Skalen betrug 15 Zentimeter. Nachdem die Patienten auf der Linie ein Kreuz gesetzt hatten, wurde die Länge bis zu der gesetzten Markierung manuell ausgemessen. Der gemessene Werte wurde anschließend durch 1,5 geteilt, da sich die Skala auf eine Einheit von 10 beziehen sollte.

Die so errechneten Werte wurden, je nach Fragestellung, wie in Tabelle 5 dargestellt gruppiert.



Abbildung 1: Visuelle Analogskala

Tabelle 5: Gruppierung der errechneten VAS-Werte

errechnete VAS-Werte [in cm]	Gruppierung 1	Gruppierung 2
0-2,0	gar nicht	sehr schlecht
2,1-4,0	wenig	eher schlecht
4,1-6,0	mittel	mittel
6,1-8,0	sehr	eher gut
8,1-10,0	absolut	sehr gut

## Migrationsalter, Migrationsgründe, Aufenthaltsdauer in Deutschland

Das jeweils in offenen Fragen abgefragte Migrationsalter und die Aufenthaltsdauer in Deutschland wurden in die in Tabelle 6 und in Tabelle 7 dargestellten Gruppen eingeteilt. Die Gruppierung der Migrationsgründe, die ebenfalls in offenen Fragen abgefragt wurden, folgt im Ergebnisteil.

*Tabelle 6: Migrationsalter - gruppiert*

<b>Migrationsalter [in Jahren]</b>
hier geboren
≤6
≤12
≤18
>18

*Tabelle 7: Aufenthaltsdauer in Deutschland - gruppiert*

<b>Aufenthaltsdauer in Deutschland [in Jahren]</b>
In Deutschland geboren
1-2 Jahre
3-5 Jahre
> 5 Jahre
Keine Antwort

## Verbesserungsvorschläge

Die häufigsten frei formulierten Verbesserungsvorschläge wurden ebenfalls in thematische Kategorien eingeteilt und sind im Ergebnisteil dargestellt.

## **2.6 Datenauswertung**

Die deskriptive Datenanalyse erfolgte mit Microsoft Excel 2016.

Die statistische Datenauswertung erfolgte mit IBM SPSS Statistics Version 24. Zur Signifikanztestung nicht-intervallskalierter Merkmale wurden der  $\chi^2$ -Test, die Yates-Korrektur und der Exakte Test nach Fisher angewandt. Die Signifikanztestung intervallskalierter Merkmale wurde mit dem T-Test durchgeführt. Das Signifikanzniveau wurde bei allen Tests auf fünf Prozent ( $\alpha=0,05$ ) festgelegt.

### **2.6.1 $\chi^2$ -Test, Yates-Korrektur und Exakter Test nach Fisher**

Um Aussagen zu Unterschieden bezüglich der Diagnosen- und Geschlechterverteilung zwischen zwei, im Ergebnisteil definierten, Patientengruppen der Studienpopulation treffen zu können, wurde eine Signifikanztestung mit dem  $\chi^2$ -Test, der Yates-Korrektur oder dem Exakten Test nach Fisher vorgenommen.

Nach Backhaus et al. [27] wurde entschieden, welcher der drei Tests angewandt wird: Der  $\chi^2$ -Test wurde verwendet, wenn beide zu vergleichenden Stichproben einen Umfang von mehr als 60 Einheiten hatten und wenn in der 4-Felder-Kreuztabelle alle Werte größer als fünf Einheiten waren.

Die Yates-Korrektur wurde vorgenommen, falls eine der beiden Stichprobenumfänge zwischen 20 und 60 Einheiten lag und gleichzeitig alle Werte in der 4-Felder-Kreuztabelle größer als fünf Einheiten waren.

Auf den exakten Test nach Fisher wurde zurückgegriffen, falls eine der beiden Stichprobengrößen kleiner als 20 Einheiten oder ein Wert in der 4-Felder-Kreuztabelle kleiner oder gleich fünf Einheiten war.

Wenn ein Wert in der 4-Felder-Kreuztabelle kleiner als eine Einheit war, erfolgte keine Auswertung.

### **2.6.2 T-Test**

Mit Hilfe des T-Testes für die Mittelwertgleichheit wurde die Signifikanz von Unterschieden bezüglich der Mittelwerte des Alters und der Mittelwerte der stationären Aufenthaltsdauer zwischen zwei, im Ergebnisteil definierten, Patientengruppen der Studienpopulation geprüft. Hierbei wurde zunächst anhand des Levene-Tests der Varianzgleichheit entschieden, ob die Varianzen der untersuchten Mittelwerte gleich oder nicht gleich sind. Wenn der Levene-Test eine Signifikanz größer als 0,05 ergab, wurde eine Gleichheit der Varianzen angenommen. Bei einer Signifikanz kleiner oder gleich 0,05 wurde eine Ungleichheit der Varianzen angenommen und die Freiheitsgrade wie von SPSS vorgeschlagen nach unten korrigiert.

### 3. Ergebnisse

#### 3.1 Anteil der Patienten mit und ohne Migrationshintergrund (MIH) innerhalb von 8 Wochen

In dem betrachteten Zeitraum von 8 Wochen (24.03.2017 bis 19.05.2017) wurden insgesamt 773 Patienten stationär in das Bezirkskrankenhaus Lohr Krankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin auf die Stationen der Allgemeinpsychiatrie, der Gerontopsychiatrie, der Klinischen Suchtmedizin, der Psychosomatischen Medizin und auf die Station für Menschen mit Intelligenzminderung aufgenommen.

Wie Abbildung 2 zeigt, gehörten 16% (125/773) der aufgenommenen Patienten der Gruppe der Migranten, 3% (26/773) der aufgenommenen Patienten der Gruppe der Asylanten, und 81% (622/773) der aufgenommenen Patienten der Gruppe der Nichtmigranten an.

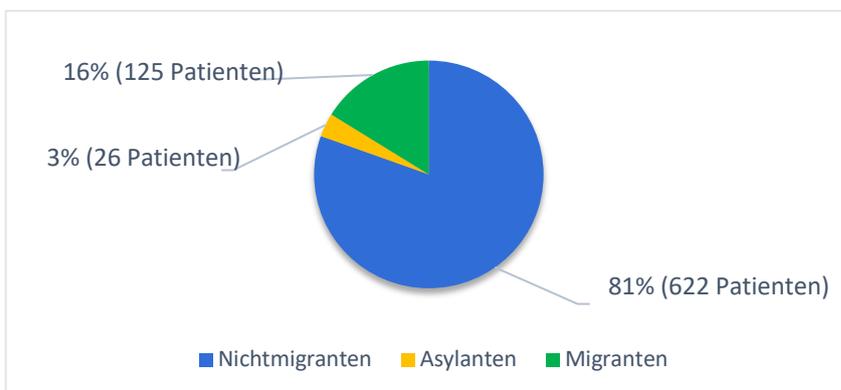


Abbildung 2: stationäre Aufnahmen innerhalb von 8 Wochen

#### 3.2 Vergleich der Patienten mit und ohne Migrationshintergrund

Nichtmigranten, Migranten und Asylanten wurden hinsichtlich ihrer Entlass-Station, ihrer Entlass-Diagnose, ihres Geschlechts, ihres Alters, sowie ihrer stationären Aufenthaltsdauer miteinander verglichen. 9 von 773 Patienten (1%) waren 10 Wochen (am 28.07.2017) nach dem Zeitraum, in dem alle stationären Aufnahmen erfasst wurden, noch nicht entlassen und wurden somit aus der Studie ausgeschlossen, da keine

Aussagen zu ihrer stationären Aufenthaltsdauer und ihrer Entlass-Diagnose getroffen werden konnten. Somit wurden insgesamt 764 Patienten von 773 Patienten miteinander verglichen. Diese Anzahl von 764 Patienten setzte sich zusammen aus 613 Nichtmigranten, 125 Migranten und 26 Asylanten.

### **3.2.1 Entlass-Stationen**

Die Abbildungen 3, 4 und 5 zeigen die prozentuale Verteilung der Migranten, Asylanten, sowie Nichtmigranten in den verschiedenen Fachbereichen der Psychiatrie.

Wie in Abbildung 3 dargestellt ist, befanden sich mit 40% (50/125) der Migranten die meisten Migranten auf den Stationen für klinische Suchtmedizin, dicht gefolgt von 38% (47/125) der Migranten, die sich auf Stationen der Allgemeinpsychiatrie befanden. Auf den Stationen der Gerontopsychiatrie befanden sich 14% (18/125) der Migranten, auf der Station für Psychosomatische Medizin 6% (7/125) der Migranten und auf der Station für Menschen mit Intelligenzminderung 2% (7/125) der Migranten.

In Abbildung 4 wird deutlich, dass sich die mit Abstand meisten Asylanten mit 81% (18/26) der Asylanten auf den Stationen der Allgemeinpsychiatrie befanden. 15% (4/26) der Asylanten waren auf den Stationen der Klinischen Suchtmedizin und 4% (1/26) der Asylanten auf der Station für Menschen mit Intelligenzminderung.

Wie in Abbildung 5 zu sehen ist, befanden sich die meisten Nichtmigranten mit 42% (256/613) der Nichtmigranten auf den Stationen der Allgemeinpsychiatrie. Auf den Stationen für klinische Suchtmedizin waren 30% (181/613) der Nichtmigranten und auf den Stationen der Gerontopsychiatrie 21% (126/613) der Nichtmigranten. 5% (30/613) der Nichtmigranten verbrachten ihren stationären Aufenthalt auf der Station für Menschen mit Intelligenzminderung und 3% (20/613) der Nichtmigranten auf der Station für Psychosomatische Medizin.

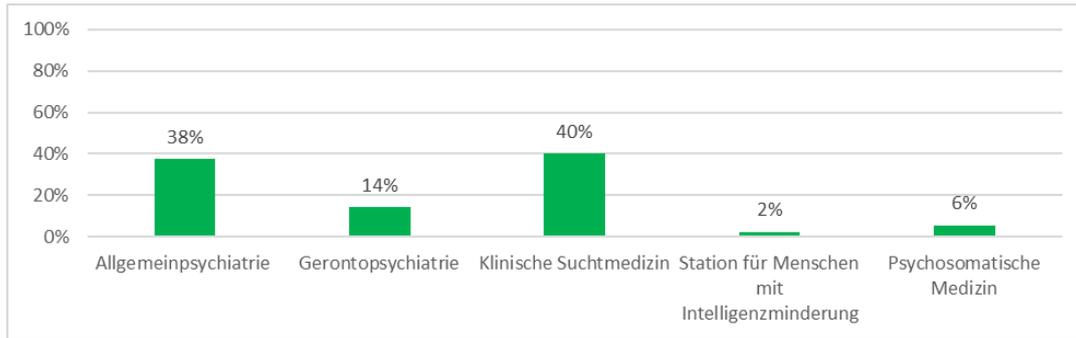


Abbildung 3: Entlass-Stationen der Migranten (125 Patienten)

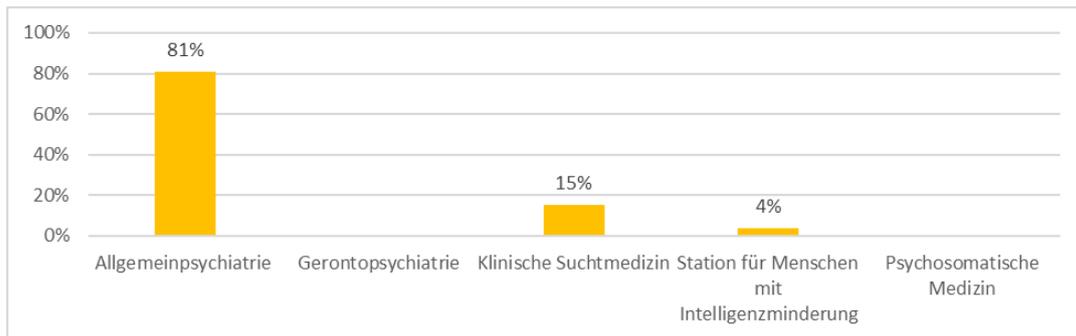


Abbildung 4: Entlass-Stationen der Asylanten (26 Patienten)

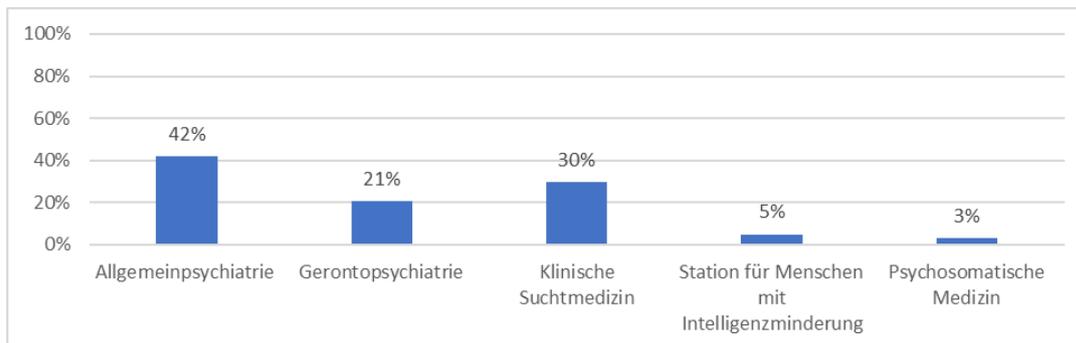


Abbildung 5: Entlass-Stationen der Nichtmigranten (613 Patienten)

### 3.2.2 Entlass-Diagnosen

In den Abbildungen 6, 7 und 8 sind die in Gruppen zusammengefassten Entlass-Diagnosen der Migranten, der Asylanten und der Nichtmigranten abgebildet.

Abbildung 6 zeigt die gruppierten Entlass-Diagnosen der Migranten. Hierbei fällt auf, dass Diagnosen aus der Gruppe F1 (Psychische und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen) mit 38% (47/125) die am häufigsten vergebenen Diagnosen unter den Migranten waren. F3-er Diagnosen (Affektive Störungen) waren mit 22%

(27/125) die zweithäufigsten Diagnosen der Migranten gefolgt von Diagnosen aus der Gruppe F2 (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen), die mit 19% (24/125) die dritthäufigste Diagnosegruppe der Migranten war.

Abbildung 7 zeigt die gruppierten Entlass-Diagnosen der Asylanten. Diagnosen aus der Gruppe F4 (Neurotische- Belastungs- und somatoforme Störungen) waren mit 69% (18/26) die am häufigsten vertretenen Diagnosen unter den Asylanten. Mit 15% (4/26) waren Diagnosen aus der Gruppe F1 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen) die zweithäufigsten und Diagnosen aus der Gruppe F2 (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen) mit 12% (3/26) die dritthäufigsten Diagnosen unter den Asylanten.

Die gruppierten Entlass-Diagnosen der Nichtmigranten sind in Abbildung 8 dargestellt. Diagnosen aus der Gruppe F3 (Affektive Störungen) waren mit 29% (177/613) die am häufigsten vertretenen Diagnosen unter den Nichtmigranten. Diagnosen aus der Gruppe F1 (Psychische und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen) waren mit 25% (156/613) die zweithäufigsten Diagnosen der Nichtmigranten. Die dritthäufigsten Diagnosen der Nichtmigranten waren mit 15% (92/613) Diagnosen aus der Gruppe F2 (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen).

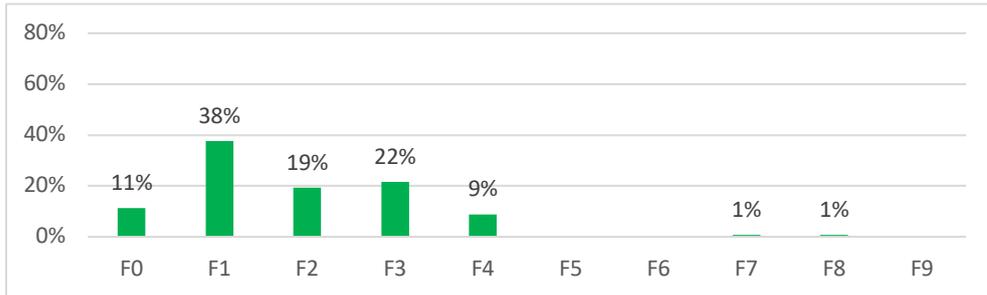


Abbildung 6: Entlass-Diagnosen der Migranten (125 Patienten)

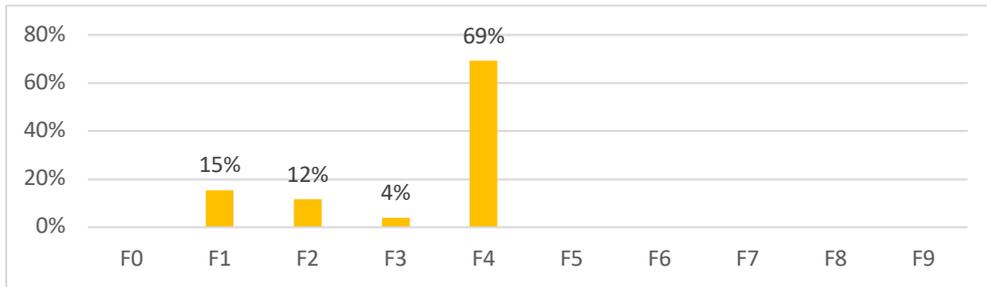


Abbildung 7: Entlass-Diagnosen der Asylanten (26 Patienten)

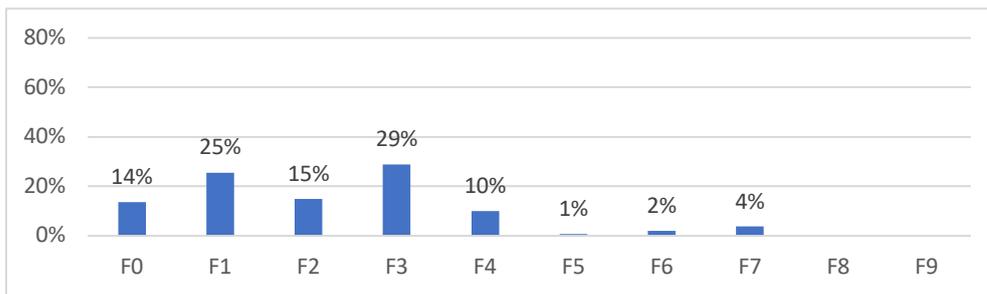


Abbildung 8: Entlass-Diagnosen der Nichtmigranten (613 Patienten)

Vergleicht man die Gruppe der Migranten (125 Patienten) die Gruppe der Asylanten (26 Patienten) und die Gruppe der Nichtmigranten (613 Patienten) hinsichtlich der Häufigkeit ihrer Diagnosen, so lässt sich, wie in Tabelle 8 detailliert dargestellt, folgendes feststellen:

Tabelle 8: Vergleich der Diagnosen-Verteilung zwischen Migranten, Asylanten und Nichtmigranten

Diagnosen-Gruppe	Vergleich	Statistische Ergebnis	angewandter Test
<b>F0</b>	Migranten - Nichtmigranten	$\chi^2= 0,57, df=1, p=0,45$	Chi-Quadrat-Test nach Parson
<b>F1</b>	Migranten - Nichtmigranten	$\chi^2=7,69, df=1, p<0,01$	Chi-Quadrat-Test nach Pearson
	Nichtmigranten - Asylanten	$p=0,36$	Exakter Test nach Fisher
	Migranten - Asylanten	$p<0,05$	Exakter Test nach Fisher
<b>F2</b>	Migranten - Nichtmigranten	$\chi^2=1,38, df=1, p=0,24$	Chi-Quadrat-Test nach Pearson
	Nichtmigranten - Asylanten	$p=0,78$	Exakter Test nach Fisher
	Migranten - Asylanten	$p=0,57$	Exakter Test nach Fisher
<b>F3</b>	Migranten - Nichtmigranten	$\chi^2=2,75, df=1, p=0,10$	Chi-Quadrat-Test nach Pearson
	Nichtmigranten - Asylanten	$p<0,01$	Exakter Test nach Fisher
	Migranten - Asylanten	$p<0,05$	Exakter Test nach Fisher
<b>F4</b>	Migranten - Nichtmigranten	$\chi^2=0,20, df=1, p=0,65$	Chi-Quadrat-Test nach Pearson
	Nichtmigranten - Asylanten	$\chi^2=74,28, df=1, p<0,001$	Yates-Korrektur
	Migranten - Asylanten	$\chi^2=46,84, df=1, p<0,001$	Yates-Korrektur
<b>F7</b>	Migranten - Nichtmigranten	$p=0,10$	Exakter Test nach Fisher

## F0

Der Unterschied zwischen der Häufigkeit des Vorkommens der F0er-Diagnosen (organische, einschließlich symptomatischer Störungen) zwischen Migranten (11%) und Nichtmigranten (14%) ist, wie Abbildung 9 zeigt, statistisch nicht signifikant ( $p=0,45$ ).

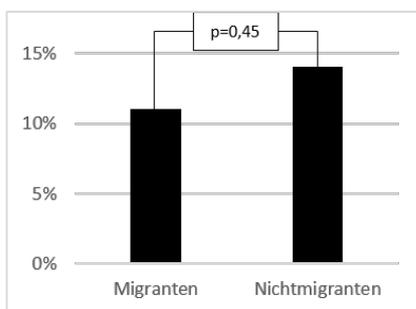


Abbildung 9: F0-er Diagnosen

## F1

Hinsichtlich der F1-er Diagnosen (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen) lässt sich, wie in Abbildung 10 zu sehen ist, feststellen, dass mehr Migranten (38%) als Nichtmigranten (25%) eine F1-er Diagnose haben. Dieser Unterschied zwischen der Häufigkeit der F1-er Diagnosen zwischen Migranten und Nichtmigranten ist statistisch sehr signifikant ( $p<0,01$ ). Der Unterschied der Häufigkeit

des Vorkommens der F1-er Diagnosen zwischen Nichtmigranten (25%) und Asylanten (15%) ist statistisch nicht signifikant ( $p=0,36$ ). Vergleicht man die Häufigkeit der F1-er Diagnosen von Migranten (38%) und Asylanten (15%), so lässt sich sagen, dass Migranten signifikant ( $p<0,05$ ) häufiger F1-er Diagnosen haben als Asylanten.

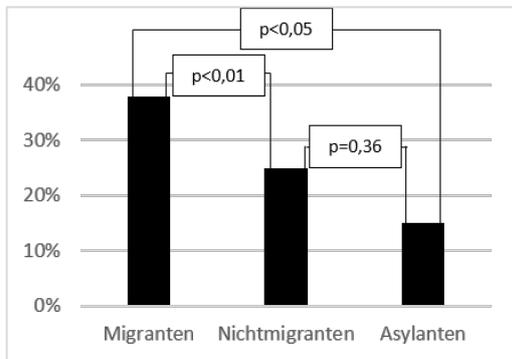


Abbildung 10: F1-er Diagnosen

## F2

Der Unterschied zwischen der Häufigkeit des Vorkommens der F2-er Diagnosen (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen) ist, wie Abbildung 11 zeigt, sowohl zwischen Migranten (19%) und Nichtmigranten (15%) mit  $p=0,24$ , zwischen Nichtmigranten (15%) und Asylanten (12%) mit  $p=0,78$ , als auch zwischen Migranten (19%) und Asylanten (12%) mit  $p=0,57$ , statistisch nicht signifikant.

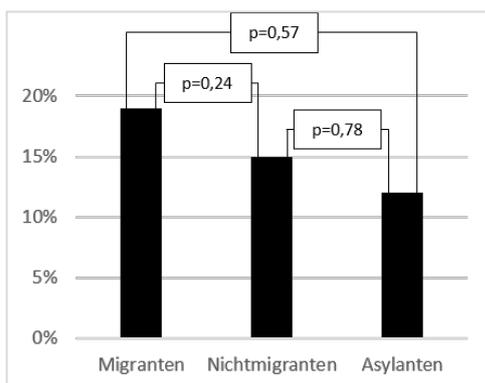


Abbildung 11: F2-er Diagnosen

### F3

Hinsichtlich der F3-er Diagnosen (Affektive Störungen) lässt sich, wie in Abbildung 12 zu sehen ist, feststellen, dass der Unterschied des Vorkommens der F3-er Diagnosen zwischen Migranten (22%) und Nichtmigranten (29%) statistisch nicht signifikant ( $p=0,10$ ) ist. Vergleicht man die Häufigkeit der F3-er Diagnosen von Nichtmigranten (29%) und Asylanten (4%) so lässt sich sagen, dass Nichtmigranten sehr signifikant ( $p<0,01$ ) mehr F3-er Diagnosen haben als Asylanten. Außerdem haben, statistisch signifikant ( $p<0,05$ ) mehr Migranten (22%) als Asylanten (4%) eine F3-er Diagnose.

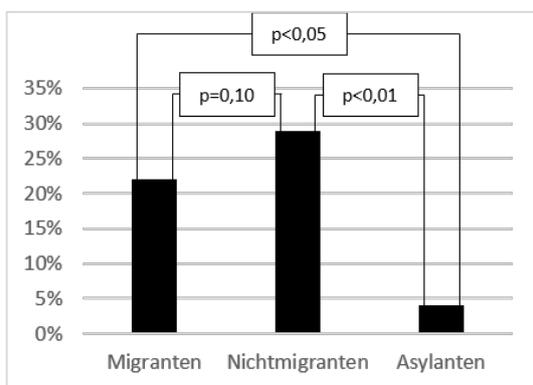


Abbildung 12: F3-er Diagnosen

### F4

Wie Abbildung 13 zeigt, ist der Unterschied des Vorkommens der F4er-Diagnosen (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) zwischen Migranten (9%) und Nichtmigranten (10%) statistisch nicht signifikant ( $p=0,65$ ). Es lässt sich sagen, dass statistisch hoch signifikant ( $p<0,001$ ) mehr Asylanten (69%) als Nichtmigranten (10%) eine F4-er Diagnose haben. Ebenso haben mehr Asylanten (69%) als Migranten (9%) F4-er Diagnosen. Auch hier ist der Unterschied statistisch hoch signifikant ( $p<0,001$ ).

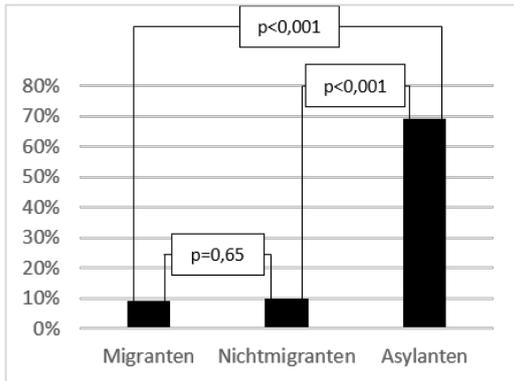


Abbildung 13: F4-er Diagnosen

## F7

Der Unterschied des Vorkommens der F7-er Diagnosen (Intelligenzstörungen) zwischen Migranten (1%) und Nichtmigranten (4%) ist, wie Abbildung 14 zeigt, statistisch nicht signifikant ( $p=0,10$ ).

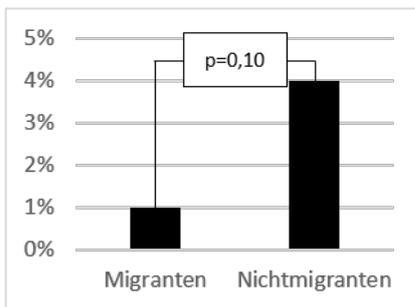


Abbildung 14: F7-er Diagnosen

### 3.2.3 Geschlecht

Die Abbildungen 15, 16 und 17 zeigen die prozentuale Geschlechterverteilung der Migranten, Asylanten und Nichtmigranten.

Wie in Abbildung 15 dargestellt ist, waren 64% (80/125) der Migranten männlich und 36% (45/125) der Migranten weiblich. 77% (20/26) der Asylanten waren männlich und 23% (5/26) der Asylanten waren weiblich, wie Abbildung 16 zeigt. Der Anteil der männlichen Nichtmigranten betrug, wie in Abbildung 17 zu sehen ist, 54% (330/613) der

Nichtmigranten und der Anteil der weiblichen Nichtmigranten betrug 46 % (283/613) der Nichtmigranten.

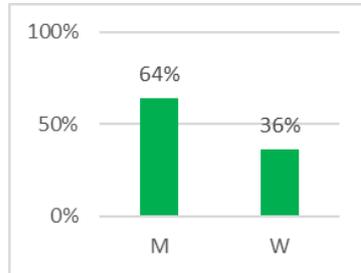


Abbildung 15: Geschlecht Migranten (125 Patienten)

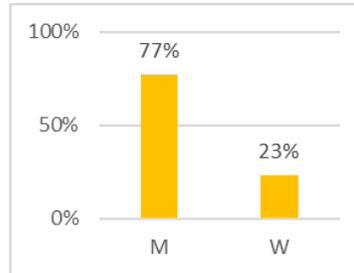


Abbildung 16: Geschlecht Asylanten (26 Patienten)

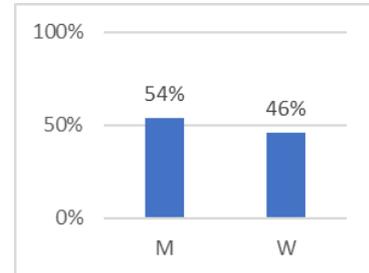


Abbildung 17: Geschlecht Nichtmigranten (613 Patienten)

Vergleicht man die Gruppe der Migranten (125 Patienten), die Gruppe der Asylanten (26 Patienten) und die Gruppe der Nichtmigranten (613 Patienten) hinsichtlich ihrer Geschlechterverteilung, so lässt sich, wie in Tabelle 9 detailliert und in Abbildung 18 graphisch dargestellt, folgendes feststellen:

Tabelle 9: Geschlechter-Vergleich zwischen Migranten, Asylanten und Nichtmigranten

Geschlechter-Vergleich	Statistisches Ergebnis	angewandter Test
Migranten - Nichtmigranten	$\chi^2=4,35$ , $df=1$ , $p<0,05$	Chi-Quadrat-Test nach Pearson
Nichtmigranten - Asylanten	$\chi^2=4,48$ , $df=1$ , $p<0,05$	Yates-Korrektur
Migranten - Asylanten	$\chi^2=1,08$ , $df=1$ , $p=0,30$	Yates-Korrektur

#### Migranten (125 Patienten) und Nichtmigranten (613 Patienten)

Der Anteil der männlichen Migranten (64%) ist höher als der Anteil der männlichen Nichtmigranten (54%) und gleichzeitig ist der Anteil der weiblichen Migranten (36%) geringer als der Anteil der weiblichen Nichtmigranten (46%). Dieses Ergebnis ist statistisch signifikant ( $p<0,05$ ).

#### Nichtmigranten (613 Patienten) und Asylanten (26 Patienten)

Der Anteil der männlichen Asylanten (77%) ist höher als der Anteil der männlichen Nichtmigranten (54%) und gleichzeitig ist der Anteil der weiblichen Asylanten (23%) geringer als der Anteil der weiblichen Nichtmigranten (46%). Dieses Ergebnis ist statistisch signifikant ( $p<0,05$ ).

### Migranten (125 Patienten) und Asylanten (26 Patienten)

Die Unterschiede zwischen der Geschlechterverteilung der männlichen Migranten (64%) und der männlichen Asylanten (77%), sowie der weiblichen Migranten (36%) und der weiblichen Asylanten (23%) sind statistisch nicht signifikant ( $p=0,30$ ).

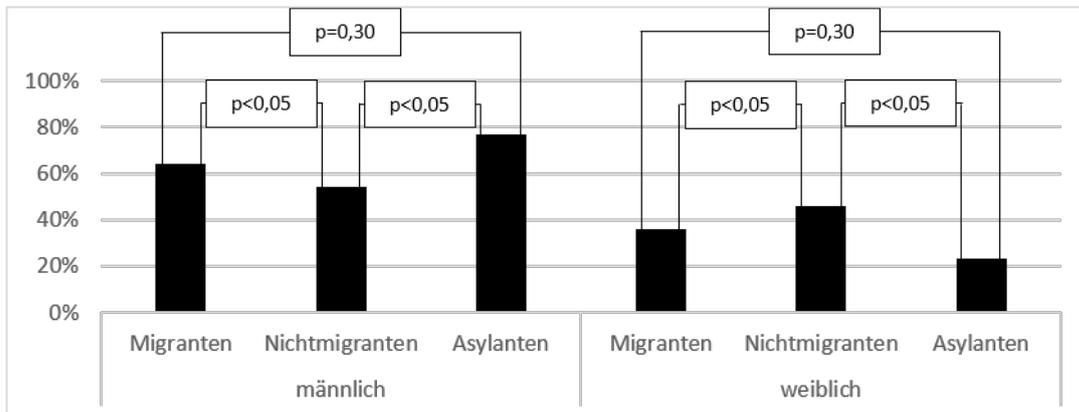


Abbildung 18: Geschlecht

### **3.2.4 Alter**

Die Abbildungen 19, 20 und 21 zeigen die prozentuale Verteilung der Migranten, Asylanten und Nichtmigranten auf die verschiedenen Alters-Gruppierungen.

Wie in Abbildung 19 zu erkennen ist, waren die meisten Migranten, mit 27% (34/125) der Migranten, zwischen 31 und 40 Jahre alt. Die meisten Asylanten waren mit 50% (13/26) der Asylanten, wie Abbildung 20 zeigt, zwischen 18 und 21 Jahre alt und die meisten Nichtmigranten waren, wie in Abbildung 21 zu sehen ist, mit 25% (151/613) der Nichtmigranten zwischen 51 und 65 Jahre alt.

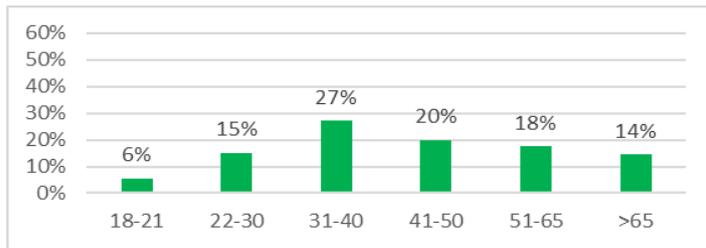


Abbildung 19: gruppiertes Alter Migranten (125 Patienten)

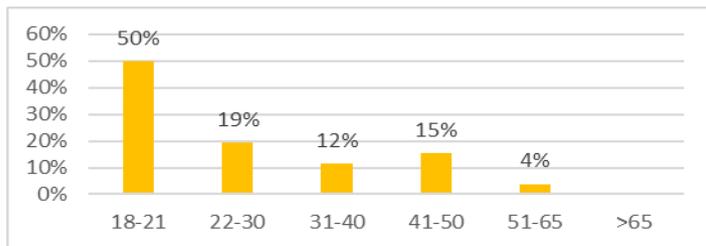


Abbildung 20: gruppiertes Alter Asylanten (26 Patienten)

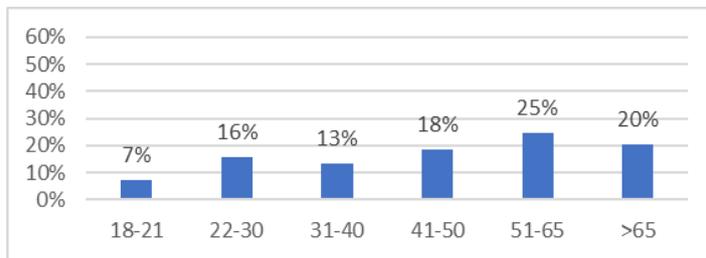


Abbildung 21: gruppiertes Alter Nichtmigranten (613 Patienten)

Vergleicht man die Mittelwerte des Alters der Gruppe der Migranten (125 Patienten), der Gruppe der Asylanten (26 Patienten) und der Gruppe der Nichtmigranten (163 Patienten) so lässt sich, wie in Tabelle 10 detailliert und in Abbildung 22 graphisch dargestellt, folgendes feststellen:

Tabelle 10: Vergleich Mittelwerte Alter Migranten, Asylanten und Nichtmigranten

Vergleich Mittelwerte Alter	T-Test für Mittelwertgleichheit
Migranten - Nichtmigranten	T=-1,81, df=736, p=0,07
Nichtmigranten - Asylanten	T=10,25, df=33, p<0,001
Migranten - Asylanten	T=7,27, df=62, p<0,001

### Migranten (125 Patienten) und Nichtmigranten (613 Patienten)

Bildet man aus dem Alter aller Migranten den Mittelwert, so beträgt dieser Mittelwert 45,4 Jahre (Standardabweichung: 18,5 Jahre). Der Mittelwert aus dem Alter aller

Nichtmigranten beträgt 48,9 Jahre (Standardabweichung: 19,8 Jahre). Der Altersunterschied zwischen Migranten und Nichtmigranten ist statistisch nicht signifikant ( $p=0,07$ ).

#### Nichtmigranten (613 Patienten) und Asylanten

Bildet man aus dem Alter aller Nichtmigranten den Mittelwert, so beträgt dieser Mittelwert 48,9 Jahre. Der Mittelwert aus dem Alter aller Asylanten beträgt 26,2 Jahre (Standardabweichung: 10,6 Jahre). Der Altersunterschied zwischen Nichtmigranten und Asylanten ist statistisch hoch signifikant ( $p<0,001$ ).

#### Migranten (125 Patienten) und Asylanten (26 Patienten)

Der Unterschied zwischen dem Mittelwert des Alters der Migranten (45,4 Jahre) und dem Mittelwert des Alters der Asylanten (26,2 Jahre) ist statistisch hoch signifikant ( $p<0,001$ ).

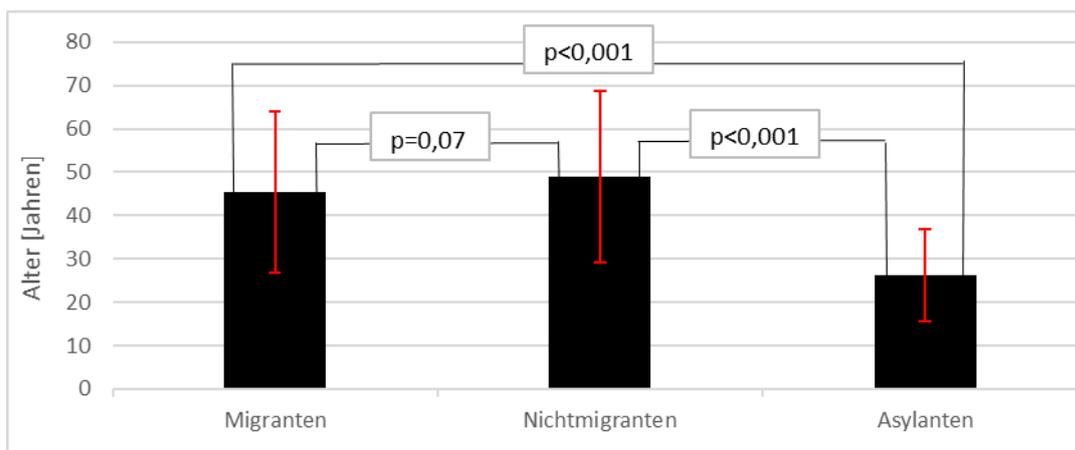


Abbildung 22: Mittelwerte Alter

### 3.2.5 Stationäre Aufenthaltsdauer

Die Abbildungen 23, 24 und 25 zeigen die prozentuale Verteilung der Migranten, Asylanten und Nichtmigranten auf die in Gruppen untergliederte stationäre Aufenthaltsdauer.

Wie in Abbildung 23 dargestellt ist, dauerte der stationäre Aufenthalt der meisten Migranten mit 27% (34/125) der Migranten bis zu einem Monat. Die stationäre

Aufenthaltsdauer der meisten Asylanten lag mit 42% (11/26) der Asylanten, wie in Abbildung 24 zu sehen ist, bei bis zu 3 Tagen. Abbildung 25 zeigt, dass die stationäre Aufenthaltsdauer der meisten Nichtmigranten, genau wie die der meisten Migranten, mit 27% (168/613) der Nichtmigranten bis zu einen Monat betrug.

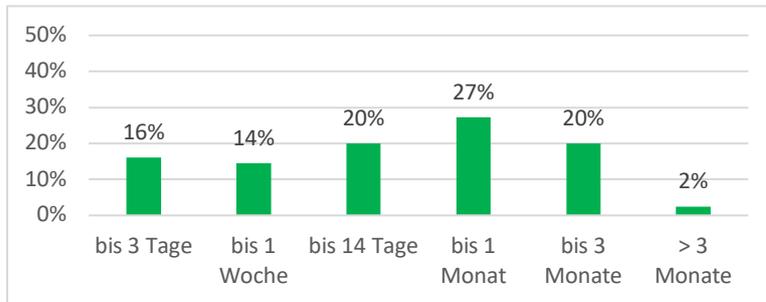


Abbildung 23: gruppierte stationäre Aufenthaltsdauer Migranten (125 Patienten)

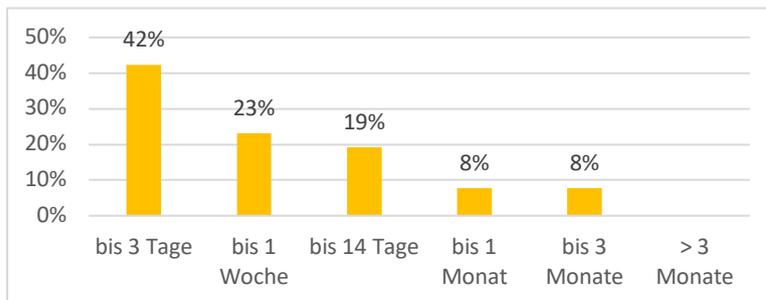


Abbildung 24: gruppierte stationäre Aufenthaltsdauer Asylanten (26 Patienten)

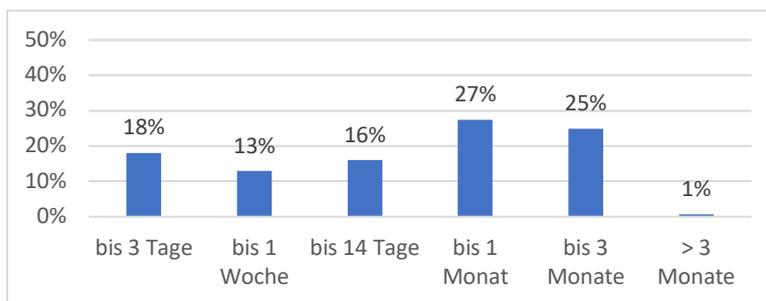


Abbildung 25: gruppierte stationäre Aufenthaltsdauer Nichtmigranten (613 Patienten)

Vergleicht man die Mittelwerte der stationären Aufenthaltsdauer der Gruppe der Migranten (125 Patienten), der Gruppe der Asylanten (26 Patienten) und der Gruppe der Nichtmigranten (613 Patienten), so lässt sich, wie in Tabelle 11 detailliert und in Abbildung 26 graphisch dargestellt, folgendes feststellen:

Tabelle 11: Vergleich Mittelwerte stationäre Aufenthaltsdauer Migranten, Asylanten und Nichtmigranten

Vergleich Mittelwerte stationäre Aufenthaltsdauer	T-Test für Mittelwertgleichheit
Migranten - Nichtmigranten	T=0,13, df=736, p=0,10
Nichtmigranten - Asylanten	T=3,73, df=29, p<0,001
Migranten - Asylanten	T=3,28, df=51, p<0,01

#### Migranten (125 Patienten) und Nichtmigranten (613 Patienten)

Der aus der stationären Aufenthaltsdauer aller Migranten gebildete Mittelwert beträgt 22,0 Tage (Standardabweichung: 22,2 Tage). Der Mittelwert der stationären Aufenthaltsdauer aller Nichtmigranten beträgt 21,7 Tage (Standardabweichung: 20,6 Tage). Der Unterschied zwischen der stationären Aufenthaltsdauer der Migranten und der Nichtmigranten ist statistisch nicht signifikant (p=0,10).

#### Nichtmigranten (613 Patienten) und Asylanten (26 Patienten)

Der aus der stationären Aufenthaltsdauer aller Nichtmigranten gebildete Mittelwert beträgt 21,7 Tage. Der Mittelwert der stationären Aufenthaltsdauer aller Asylanten beträgt 10,4 Tage (Standardabweichung: 14,9 Tage). Der Unterschied zwischen der stationären Aufenthaltsdauer der Nichtmigranten und der Asylanten ist statistisch hoch signifikant (p<0,001).

#### Migranten (125 Patienten) und Asylanten (26 Patienten)

Der Unterschied zwischen dem Mittelwert der stationären Aufenthaltsdauer aller Migranten (22,0 Tage) und dem Mittelwert der stationären Aufenthaltsdauer aller Asylanten (10,4 Tage) ist statistisch sehr signifikant (p<0,01).

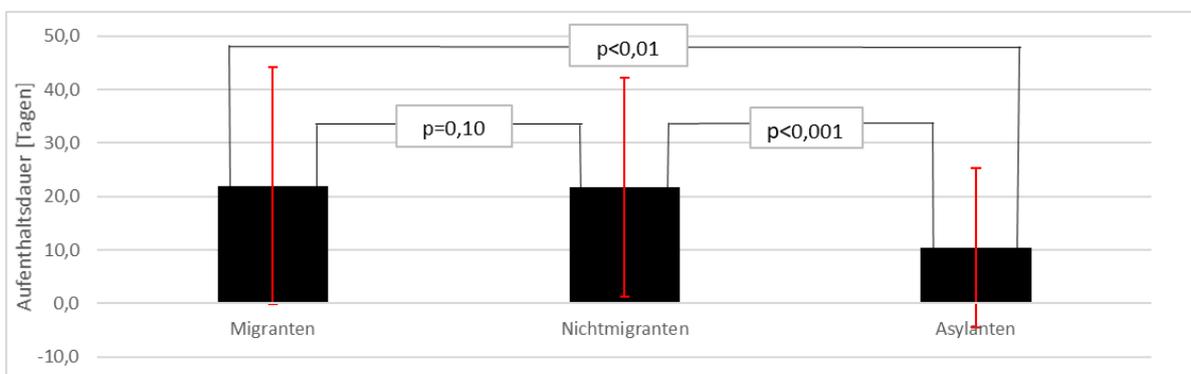


Abbildung 26: Mittelwerte stationäre Aufenthaltsdauer

### 3.3 Geburtsländer der Patienten mit Migrationshintergrund

Abbildung 27 zeigt die Geburtsländer der 151 Patienten mit Migrationshintergrund untergliedert in Migranten (125 Patienten) und Asylanten (26 Patienten).

Wie aus Abbildung 27 hervorgeht, sind die meisten Migranten in Polen (16 Patienten), Deutschland (15 Patienten) und der Türkei (15 Patienten) geboren. Die mit Abstand meisten Asylanten sind in Afghanistan (11 Patienten) geboren, gefolgt von Aserbaidshan (3 Patienten), sowie Pakistan (2 Patienten) und Syrien (2 Patienten).

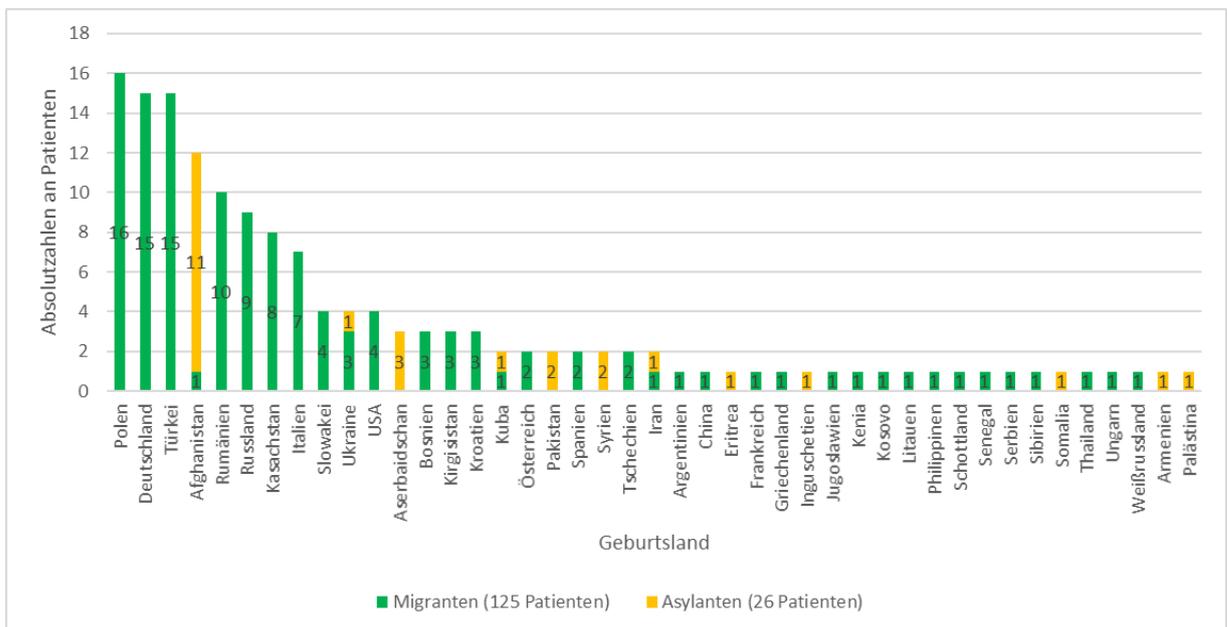


Abbildung 27: Geburtsländer der Patienten mit Migrationshintergrund

Die meisten Eltern der in Deutschland geborenen Patienten mit Migrationshintergrund (15 Patienten) sind, wie in Tabelle 12 dargestellt, in der Türkei (7 Väter, 6 Mütter) und in osteuropäischen Ländern (6 Väter, 5 Mütter) geboren.

Tabelle 12: Geburtsländer der Eltern der in Deutschland geborenen Patienten mit Migrationshintergrund

Geburtsland Vater	Geburtsland Mutter	Anzahl an Patienten
Marokko	Marokko	1
Polen	Polen	1
Puerto Rico	USA	1
Tschechien	Tschechien	2
Türkei	Kroatien	1
Türkei	Türkei	6
Ukraine	Israel	1
Ukraine	Polen	1
Ungarn	Ungarn	1

### 3.4 Vergleich der osteuropäischen und türkischen Patienten

In Anlehnung an Koch et al. [8], die in ihrer Studie die beiden größten Migrantengruppen in stationär psychiatrischen Einrichtungen hinsichtlich der Diagnosenverteilung verglichen haben, werden im Folgenden Patienten, die in Osteuropa (Polen, Rumänien, Russland, Kasachstan, Slowakei, Ukraine, Tschechien, Ungarn, Weißrussland) geboren sind, mit Patienten, die in der Türkei geboren sind, verglichen.

Dabei werden die in Osteuropa geborenen Patienten (55 Patienten) mit den in der Türkei geborenen Patienten (15 Patienten) hinsichtlich ihrer Entlass-Diagnose, ihres Geschlechts, sowie ihres Alters miteinander verglichen. Die in Osteuropa geborenen Patienten werden hierbei auch als „osteuropäische Patienten“ und die in der Türkei geborenen Patienten auch als „türkische Patienten“ bezeichnet.

#### 3.4.1 Entlass-Diagnosen

Vergleicht man die in Osteuropa geborenen Patienten (55 Patienten) und die in der Türkei geborenen Patienten (15 Patienten) hinsichtlich der Häufigkeit ihrer Diagnosen, so lässt sich, wie in Tabelle 13 detailliert dargestellt ist, folgendes feststellen:

Tabelle 13: Vergleich der Diagnosen-Verteilung zwischen osteuropäischen und türkischen Patienten

Vergleich	Diagnosen-Gruppe	statistisches Ergebnis des Exakten Tests nach Fisher
osteuropäische Patienten - türkische Patienten	F0	p=0,68
	F1	p<0,05
	F2	p=0,29
	F3	p<0,05
	F4	p=0,29

## F0

Der Unterschied zwischen der Häufigkeit des Vorkommens von F0er-Diagnosen (organische, einschließlich symptomatischer Störungen) zwischen osteuropäischen Patienten (16%, 9/55) und türkischen Patienten (7%, 1/15) ist, wie in Abbildung 28 zu sehen ist, statistisch nicht signifikant ( $p=0,68$ )

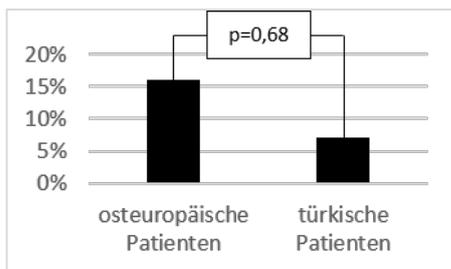


Abbildung 28: F0-er Diagnosen

## F1

Hinsichtlich der F1-er Diagnosen (Psychische und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen) lässt sich feststellen, dass mehr osteuropäische Patienten (49%, 27/55) als türkische Patienten (13%, 2/15) eine F1-er Diagnose haben. Dieser Unterschied zwischen der Häufigkeit der F1-er Diagnosen zwischen osteuropäischen und türkischen Patienten ist, wie Abbildung 29 zeigt, statistisch signifikant ( $p<0,05$ ).

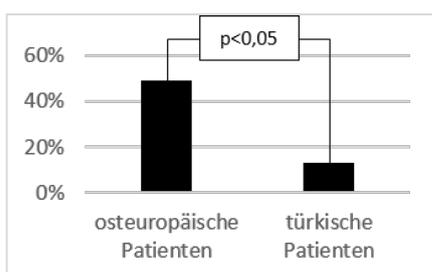


Abbildung 29: F1-er Diagnosen

## F2

Wie in Abbildung 30 dargestellt ist, ist der Unterschied zwischen der Häufigkeit des Vorkommens der F2-er Diagnosen (Schizophrenie, schizotype und wahnhaft)

Störungen) zwischen osteuropäischen Patienten (18%, 10/55) und türkischen Patienten (33%, 5/15) statistisch nicht signifikant ( $p=0,29$ ).

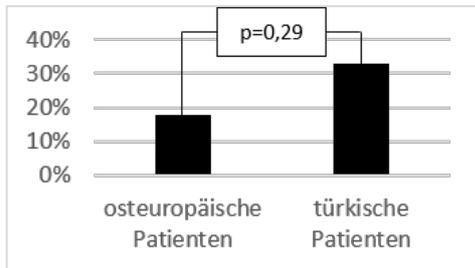


Abbildung 30: F2-er Diagnosen

### F3

Betrachtet man die F3-er Diagnosen (Affektive Störungen), so lässt sich sagen, dass mehr türkische Patienten (33%, 5/15) als osteuropäische Patienten (9%, 5/55) eine F3-er Diagnose haben. Dieser Unterschied zwischen der Häufigkeit der F3-er Diagnosen zwischen türkischen und osteuropäischen Patienten ist, wie Abbildung 31 zeigt, statistisch signifikant ( $p<0,05$ ).

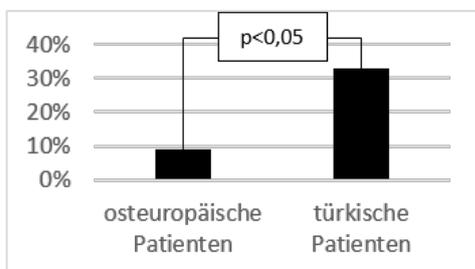


Abbildung 31: F3-er Diagnosen

### F4

Der Unterschied zwischen der Häufigkeit des Vorkommens der F4-er Diagnosen (Neurotische- Belastungs- und somatoforme Störungen) zwischen osteuropäischen Patienten (5%, 3/55) und türkischen Patienten (13%, 2/15) ist, wie in Abbildung 32 zu sehen ist, statistisch nicht signifikant ( $p=0,29$ ).

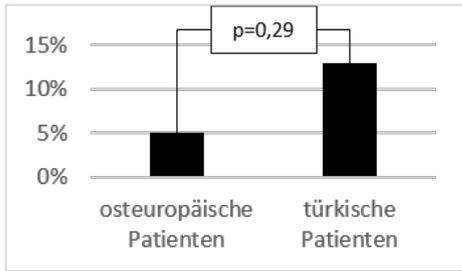


Abbildung 32: F4-er Diagnosen

### 3.4.2 Geschlecht

Wie in Abbildung 33 dargestellt, entspricht der Anteil der männlichen osteuropäischen Patienten mit 67% (37/55) der osteuropäischen Patienten dem Anteil der männlichen türkischen Patienten mit ebenfalls 67% (10/15) der türkischen Patienten. Dementsprechend entspricht der Anteil der weiblichen osteuropäischen Patienten mit 33% (18/55) der osteuropäischen Patienten dem Anteil der weiblichen türkischen Patienten mit ebenfalls 33% (5/15) der türkischen Patienten.

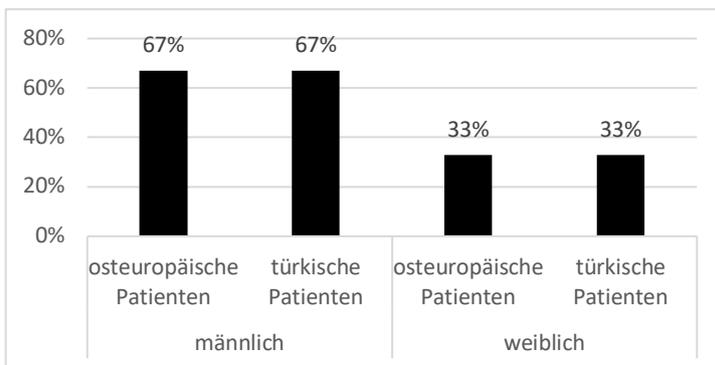


Abbildung 33: Geschlecht osteuropäische und türkische Patienten

### 3.4.3 Alter

Vergleicht man die Mittelwerte des Alters der osteuropäischen Patienten (55 Patienten) und der türkischen Patienten (15 Patienten), so lässt sich, wie in Tabelle 14 detailliert und in Abbildung 34 graphisch dargestellt, folgendes feststellen:

Tabelle 14: Vergleich Mittelwerte Alter osteuropäische und türkische Patienten

Vergleich Mittelwerte Alter	T-Test für Mittelwertgleichheit
osteuropäische Patienten - türkische Patienten	T=0,816, df=68, p=0,42

Bildet man aus dem Alter aller osteuropäischen Patienten den Mittelwert, so beträgt dieser Mittelwert 49,0 Jahre. Der Mittelwert aus dem Alter aller türkischen Patienten beträgt 44,9 Jahre. Der Altersunterschied zwischen osteuropäischen Patienten und türkischen Patienten ist statistisch nicht signifikant ( $p=0,42$ ).

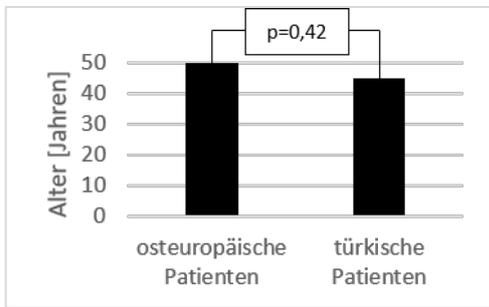


Abbildung 34: Mittelwerte Alter

### 3.5 Charakterisierung der Studienteilnehmer des 1. Fragebogens

Von den 151 Patienten mit Migrationshintergrund, die in dem Studienzeitraum von 8 Wochen stationär aufgenommen wurden, erklärten sich letztendlich 93 Patienten (62%) dazu bereit den für die Studie entworfenen 1. Fragebogen, in Form eines Interviews, zu bearbeiten. Die restlichen 58 Patienten (38%) wurden aufgrund der in Tabelle 15 aufgeführten Gründe nicht befragt.

Tabelle 15: Gründe für die Nichtbefragung der Patienten mit Migrationshintergrund

Gründe für die Nichtbefragung	Anzahl an Patienten
fehlende Bereitschaft zur Bearbeitung des ersten Fragebogens	10
mehrmaliger stationärer Aufenthalt innerhalb der betrachteten 8 Wochen (Einmaliges Ausfüllen des Fragebogens)	13
zu schlechte Deutsch- und Englischkenntnisse, kein Übersetzer zur Verfügung	7
zu kurze Aufenthaltsdauer von maximal einer Nacht und daraus resultierende fehlende Befragungsmöglichkeit	13
Demenz	11
geistige Behinderung	4

Die Gruppe der 93 Patienten, die den 1. Fragebogen bearbeiteten, setzte sich, wie Abbildung 35 zeigt, aus 12 Asylanten und 81 Migranten zusammen. Die Gruppe der Asylanten bestand hierbei aus 9 männlichen Asylanten und 3 weiblichen Asylanten. Die Gruppe der Migranten bestand aus 55 männlichen Migranten und 26 weiblichen Migranten.

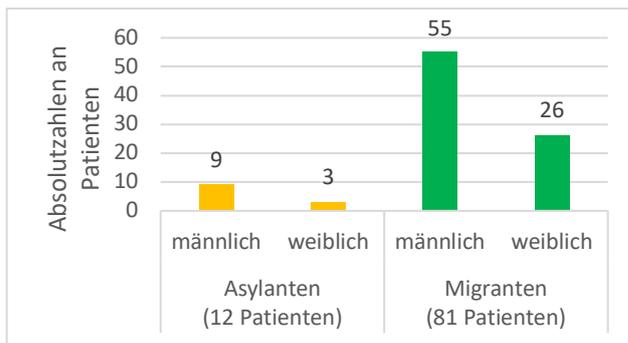


Abbildung 35: Zusammensetzung der 93 Patienten, die den 1. Fragebogen bearbeiteten

Die unter Punkt 3.6 bis Punkt 3.8 abgefragten Aspekte bezüglich der aktuellen Lebensumstände, der Integration sowie dem Krankheitsempfinden und Erwartungen an den Klinikaufenthalt beziehen sich auf diese Gruppe der 93 Patienten mit Migrationshintergrund, die den 1. Fragebogen bearbeitet haben. Dabei wurden die 93 Patienten, je nach Relevanz, als eine Einheit (93 Patienten) betrachtet, sowie in Asylanten (12 Patienten) und Migranten (81 Patienten) oder in Männer (64 Patienten) und Frauen (29 Patienten) unterteilt.

### 3.6 Lebensumstände der Patienten mit Migrationshintergrund

Hinsichtlich der Lebensumstände wurden die 93 Patienten mit Migrationshintergrund nach einer möglichen Traumatisierung sowie den größten Stressfaktoren, der sozialen Unterstützung und dem sozioökonomischen Status gefragt.

### 3.6.1 Traumatisierung und größte Stressfaktoren

Bezüglich der Fragen nach einer möglichen Traumatisierung sowie den größten Stressfaktoren wurde die Gruppe der 93 Patienten mit Migrationshintergrund in Asylanten (12 Patienten) und Migranten (81 Patienten) untergliedert.

#### Traumatisches Ereignis

Wie Abbildung 36 zeigt, bejahten 83% (10/12) der Asylanten und 74% (60/81) der Migranten die Entscheidungsfrage nach einem schweren Trauma oder sehr belastenden Ereignis in der Vergangenheit, nur 17% (2/12) der Asylanten und 26% (20/81) Migranten verneinten sie.

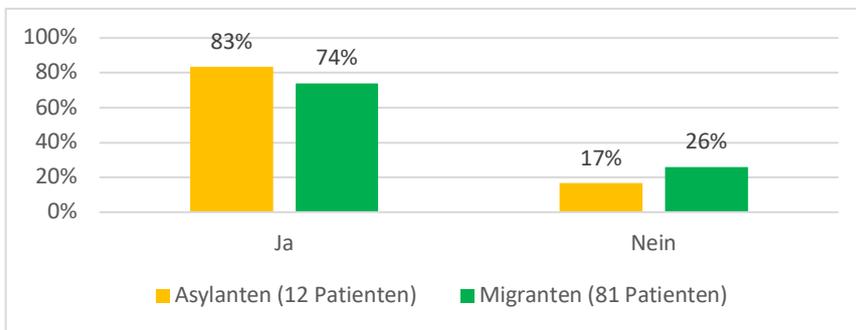


Abbildung 36: schweres Trauma oder sehr belastendes Ereignis in der Vergangenheit

Patienten, die die Frage nach einem traumatischen Ereignis in der Vergangenheit mit „Ja“ beantworteten, wurden anschließend mit Hilfe einer visuellen Analogskala (VAS) gefragt, wie sehr sie sich aktuell durch dieses Ereignis belastet fühlen. Wie in Abbildung 37 zu sehen ist, beantworteten mit 100% (10/10) der Asylanten alle Asylanten diese Frage mit „absolut“. Dahingegen beantworten nur 38% (23/60) der Migranten die Frage nach der aktuellen Belastung durch das traumatische Ereignis in der Vergangenheit mit „absolut“ und 32% (19/60) der Migranten beantworten sie mit „gar nicht“.

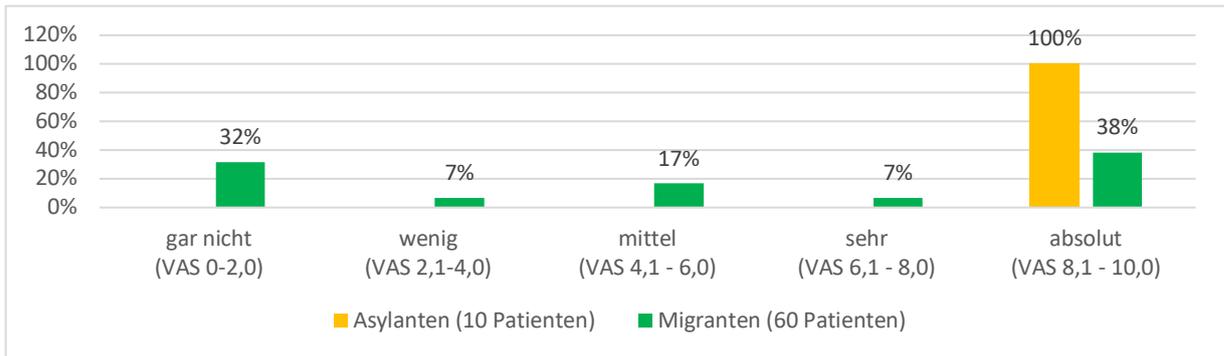


Abbildung 37: aktuelles Leiden unter traumatischem Ereignis in der Vergangenheit

### Zufriedenheit mit aktueller Lebenssituation

Die Frage nach der Zufriedenheit mit der aktuellen Lebenssituation, welche ebenfalls mittels visueller Analogskala abgefragt wurde, beantworteten, wie Abbildung 38 zeigt, mit 50% (6/12) der Asylanten und 42% (34/81) der Migranten sowohl die meisten Asylanten als auch die meisten Migranten mit „gar nicht“. 33% (4/12) der Asylanten gaben an „absolut“ zufrieden mit ihrer aktuellen Lebenssituation zu sein. Bei den Migranten waren nur 15% (12/81) der Migranten „absolut“ zufrieden mit ihrer aktuellen Lebenssituation.

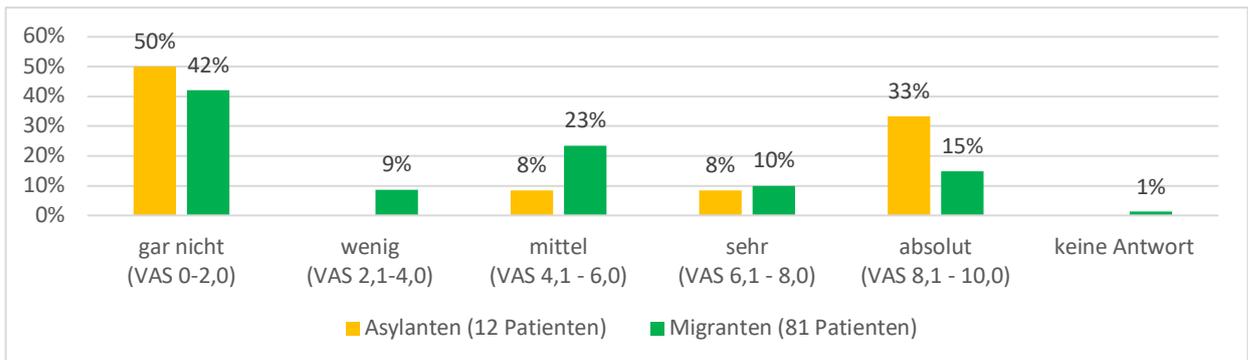


Abbildung 38: Zufriedenheit mit aktueller Lebenssituation

### Größte Stressfaktoren

Nach den größten Stressfaktoren wurde mittels 6-stufiger Multiple-Choice-Frage mit Mehrfachauswahlmöglichkeit gefragt. Mit jeweils 75% gaben, wie in Abbildung 39 zu sehen ist, sowohl die meisten Asylanten (9/12) als auch die meisten Migranten (61/81)

ihre aktuelle Krankheit als größten Stressfaktor an. An zweiter Stelle gaben 58% (7/12) der Asylanten und 53% (43/81) der Migranten ihre familiäre Situation als größten Stressfaktor an. Während bei den Asylanten die berufliche Situation sowie die Wohnsituation mit jeweils 50% (6/12) der Asylanten an dritter Stelle der größten Stressfaktoren stand, stand bei den Migranten mit 47% (38/81) der Geldmangel an dritter Stelle.

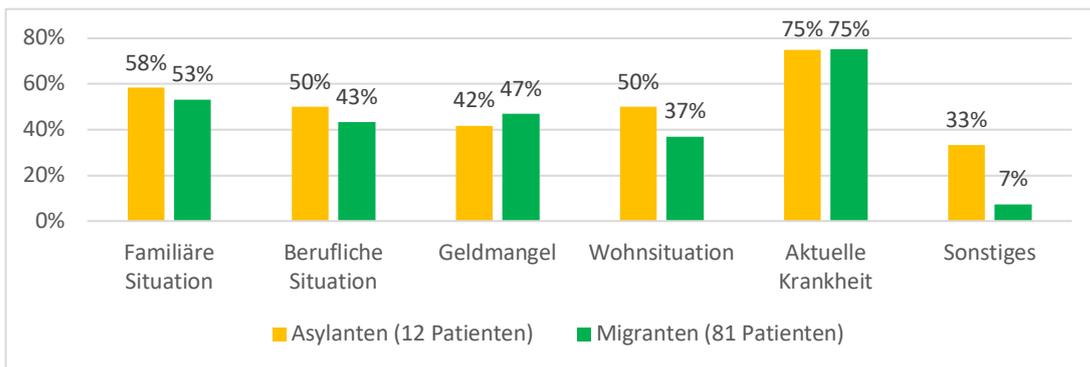


Abbildung 39: größte Stressfaktoren

### 3.6.2 Soziale Unterstützung

Bezüglich der Aspekte der sozialen Unterstützung wurde die Gruppe der 93 Patienten mit Migrationshintergrund in Männer (64 Patienten) und Frauen (29 Patienten) untergliedert.

#### Feste Partnerschaft

Wie Abbildung 40 zeigt, beantworteten mit 72% (21/29) der Frauen die meisten Frauen die Entscheidungsfrage nach einer bestehenden festen Partnerschaft mit „Ja“. Mit 63% (40/64) der Männer gaben die meisten Männer an nicht in einer festen Partnerschaft zu leben.

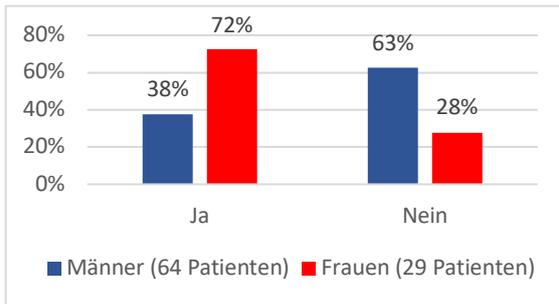


Abbildung 40: feste Partnerschaft

### Wohnsituation

Wie in Abbildung 41 zu sehen ist, gaben die meisten Männer mit 30% (19/64) der Männer an alleine zu wohnen. Nur 17% (5/29) der Frauen gaben in der 10-stufigen Multiple-Choice Frage mit Einfachauswahlmöglichkeit an alleine zu wohnen. Die meisten Frauen wohnten mit 38% (11/29) zusammen mit einem Partner und Kindern. Dieses Wohnsituation traf nur bei 11% (7/64) der Männer zu.

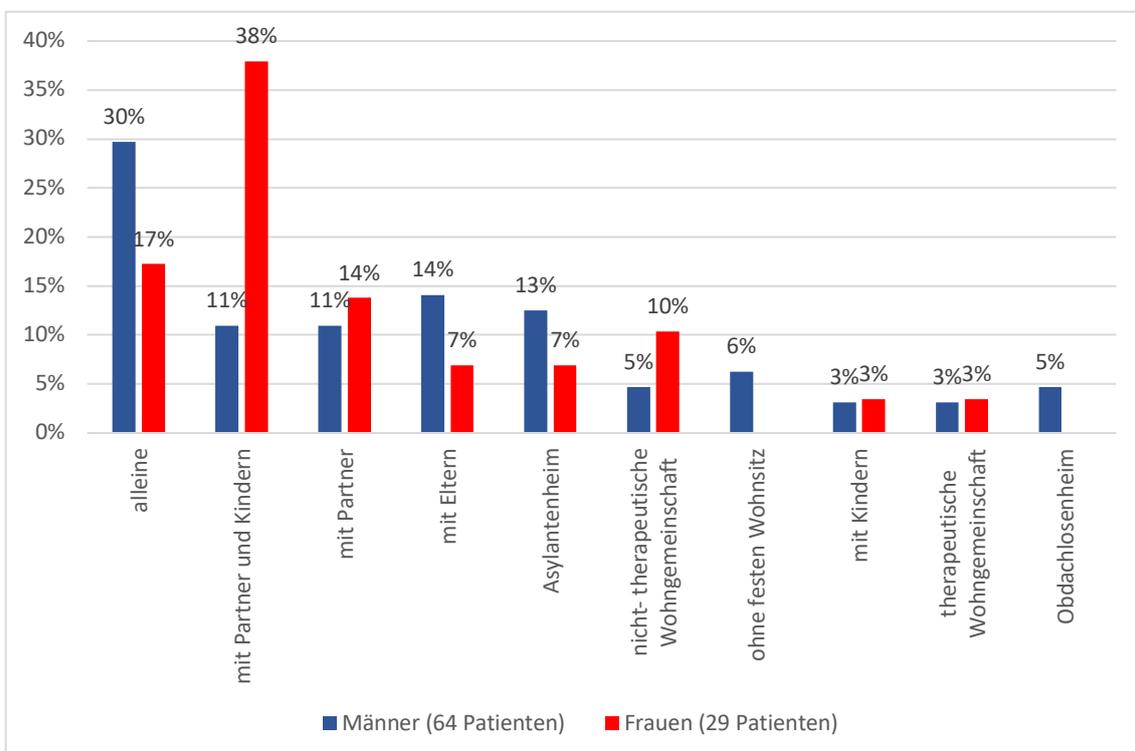


Abbildung 41: Wohnsituation

### Hilfe bei der Bewältigung von Problemen

Die Entscheidungsfrage nach Hilfe bei der Bewältigung von Problemen, bejahten 92% (59/64) der Männer und 93% (27/29) der Frauen. Bei der 6-stufigen Multiple-Choice-Frage nach der Herkunft der Hilfe mit Mehrfachauswahlmöglichkeit stand, wie Abbildung 42 zeigt, bei den Männern mit jeweils 70% (45/64) der Männer die Hilfe durch Ärzte und die Hilfe durch die Familie auf einer Stufe an erster Stelle. Bei den Frauen stand mit 72% (21/29) der Frauen die Hilfe durch Ärzte an erster Stelle und die Hilfe durch die Familie mit 62% (18/29) der Frauen an zweiter Stelle. An zweiter Stelle stand bei den Männern mit 50% (32/64) der Männer die staatliche Hilfe, welche bei den Frauen mit 31% (9/29) der Frauen erst an vierter Stelle nach der Hilfe durch Freunde, mit 52% (15/29) der Frauen, stand.

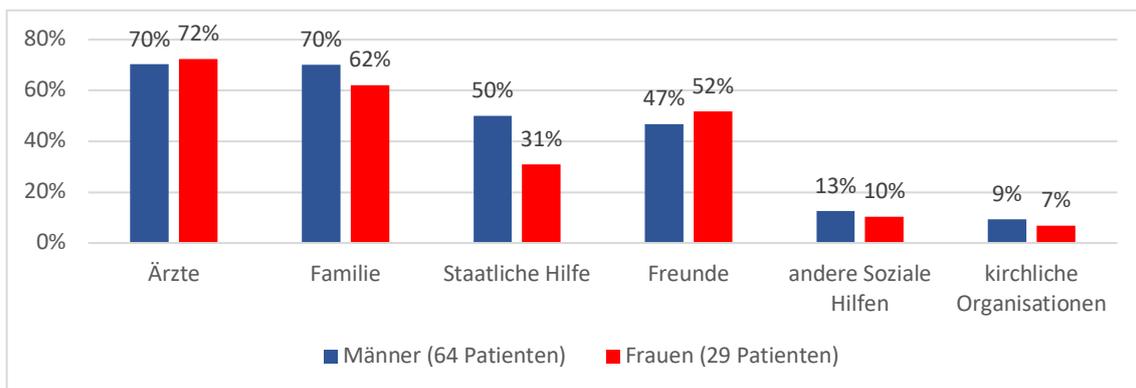


Abbildung 42: Herkunft der Hilfe bei der Bewältigung von Problemen

### **3.6.3 Sozioökonomischer Status**

Hinsichtlich der Aspekte des sozioökonomischen Status, wurde die Gruppe der 93 Patienten mit Migrationshintergrund in Männer (64 Patienten) und Frauen (29 Patienten) untergliedert.

#### Berufliche Situation

Wie Abbildung 43 zeigt, gaben, mit 42% (27/64) der Männer, die meisten Männer, in der 11-stufigen Multiple-Choice-Frage mit Einfachauswahlmöglichkeit, an arbeitslos zu sein. Mit 24% (7/29) der Frauen gaben die meisten Frauen an in Teilzeit erwerbstätig zu sein. Während bei den Männern mit 28% (18/64) der Männer die Erwerbstätigkeit in Vollzeit

an zweiter Stelle stand, stand bei den Frauen mit 21% (6/29) der Frauen die Arbeitslosigkeit an zweiter Stelle.

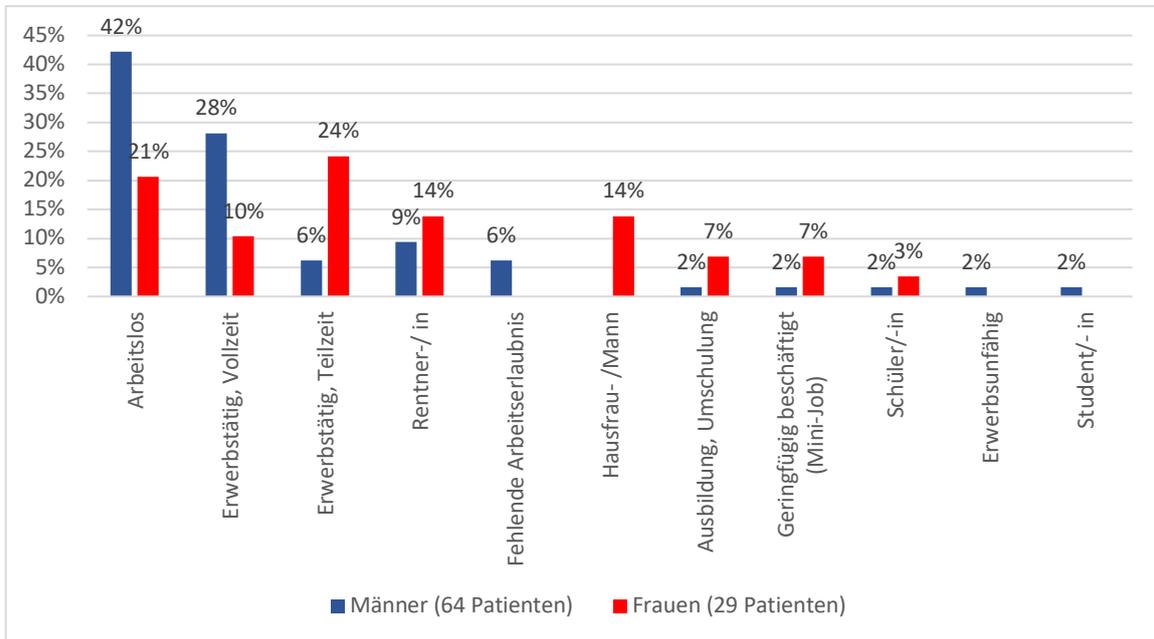


Abbildung 43: berufliche Situation

### Finanzieren des Lebensunterhaltes

Wie in Abbildung 44 zur erkennen ist, gaben, bei der 6-stufigen-Multiple-Choice-Frage mit Mehrfachauswahlmöglichkeit, mit 38% (24/64) der Männer und 28% (8/29) der Frauen sowohl die meisten Männer als auch die meisten Frauen an ihren Lebensunterhalt durch staatliche Unterstützung zu finanzieren. An zweiter Stelle stand mit 28% (18/64) der Männer bei den Männern das eigene Erwerbseinkommen und mit 21% (6/29) der Frauen bei den Frauen das eigene Erwerbseinkommen und Familieneinkommen zusammen, dicht gefolgt von jeweils 17% der Frauen, die das Familieneinkommen und das eigene Erwerbseinkommen zur Finanzierung des Lebensunterhaltes angaben.

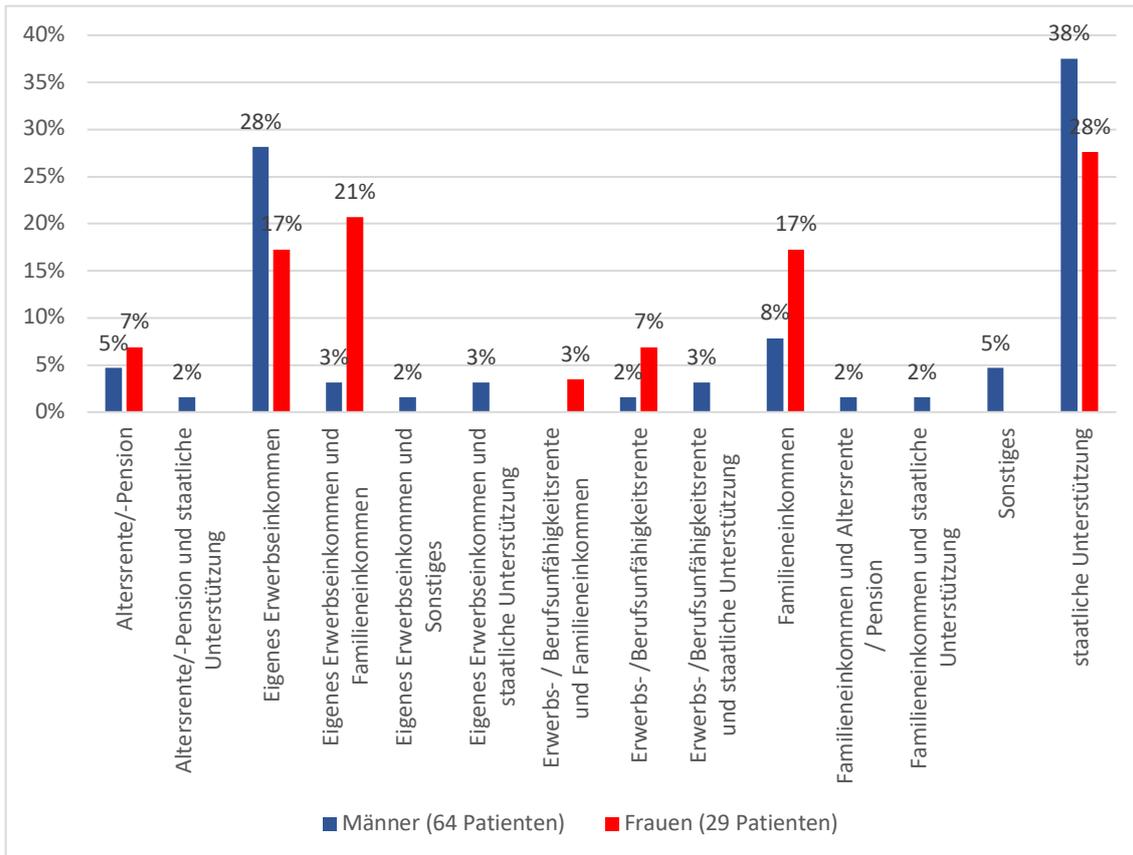


Abbildung 44: Finanzierung des Lebensunterhaltes

### 3.7 Aspekte hinsichtlich der Integration

Bezüglich der Integration der 93 Patienten mit Migrationshintergrund wurden das Migrationsalter, die Migrationsgründe die Aufenthaltsdauer in Deutschland, sowie die Deutschkenntnisse der Patienten abgefragt. Hierbei wurde die Gruppe der 93 Patienten mit Migrationshintergrund in Asylanten (12 Patienten) und Migranten (81 Patienten) untergliedert.

#### 3.7.1 Migrationsalter

Nach dem Migrationsalter wurde in einer 5-stufigen Multiple-Choice-Frage mit Einfachantwortmöglichkeit gefragt. Wie Abbildung 45 zeigt, waren die meisten Asylanten mit 58% (7/12) der Asylanten älter als 18 Jahre, als sie nach Deutschland gekommen sind. 42% (5/12) der Asylanten waren zwischen 13 und 18 Jahre alt. 40% der Migranten waren älter als 18 Jahre als sie nach Deutschland gekommen sind. Zählt man

die Gruppe der Migranten, die jünger als 6 Jahre (17%, 14/81), die Gruppe der Migranten, die zwischen 7 und 12 Jahre (21%, 17/81) und die Gruppe der Migranten, die zwischen 13 und 18 Jahre (9%, 7/81) alt waren, als sie nach Deutschland gekommen sind, zusammen, so kann man sagen, dass 47% (38/81) der Migranten jünger als 18 Jahre alt waren, als sie nach Deutschland gekommen sind. 14% (11/81) der Migranten sind in Deutschland geboren.

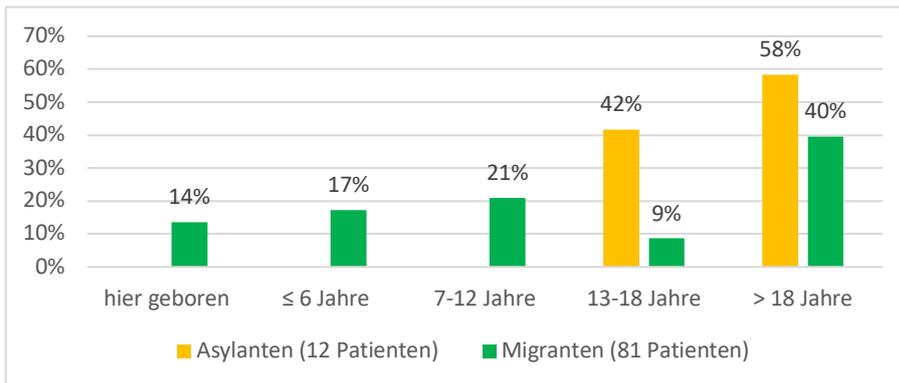


Abbildung 45: Migrationsalter

### 3.7.2 Migrationsgründe

Diejenigen Patienten mit Migrationshintergrund, die nicht in Deutschland geboren wurden (12 Asylanten, 70 Migranten), wurden nach den Gründen für ihre Migration gefragt. Hierbei wurde die Frage, nach den Migrationsgründen zunächst offen gestellt. Die Antworten wurden anschließend, wie in Abbildung 46 dargestellt, in acht Gruppen eingeordnet. Wie in Abbildung 46 deutlich wird, gaben die meisten Asylanten mit 42% (5/12) der Asylanten politische Gründe als Migrationsgründe an. An zweiter Stelle standen mit 25% (3/12) der Asylanten gesundheitliche Gründe und an dritter Stelle mit jeweils 17% (2/12) der Asylanten Krieg im Heimatland und wirtschaftliche Gründe. Mit 40% (28/70) der Migranten gaben die meisten Migranten an, dass ihre Eltern nach Deutschland wollten. An zweiter Stelle standen mit 23% (16/70) der Migranten wirtschaftliche Gründe und an dritter Stelle mit 16% (11/70) der Migranten die Familienzusammenführung, gefolgt von Deutschen Wurzeln mit 11% (8/70) der Migranten.

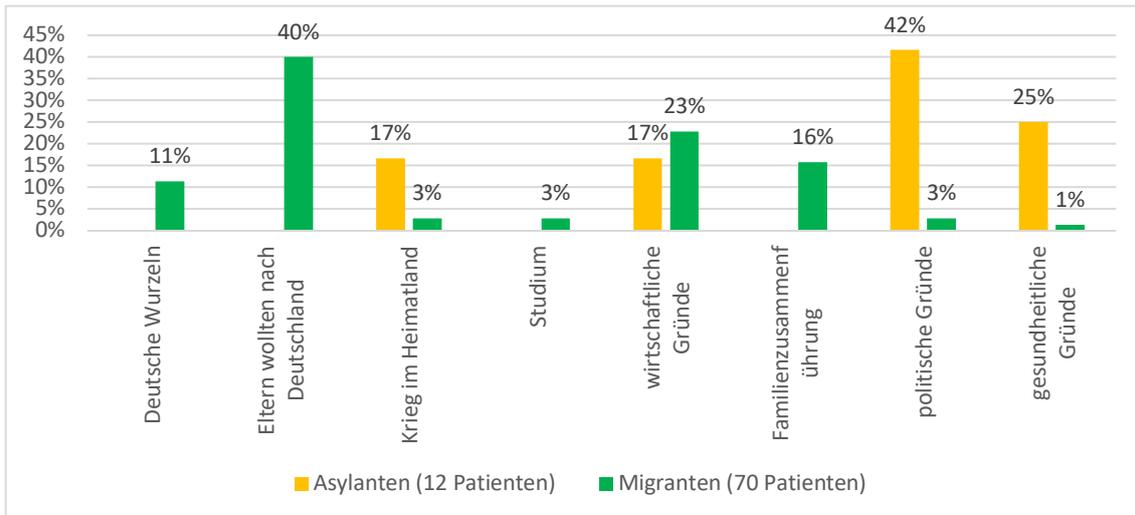


Abbildung 46: Migrationsgründe

### 3.7.3 Aufenthaltsdauer in Deutschland

Die Frage nach der Aufenthaltsdauer in Deutschland wurde zunächst in einer offenen Frage gestellt. Anschließend wurden die Antworten in die in Abbildung 47 dargestellten Gruppen eingeordnet. Wie aus Abbildung 47 hervorgeht, hielten sich die mit Abstand meisten Asylanten mit 67% (8/12) der Asylanten seit 1-2 Jahren in Deutschland auf. Mit 78% (63/81) der Migranten waren die mit Abstand meisten Migranten seit mehr als 5 Jahren in Deutschland.

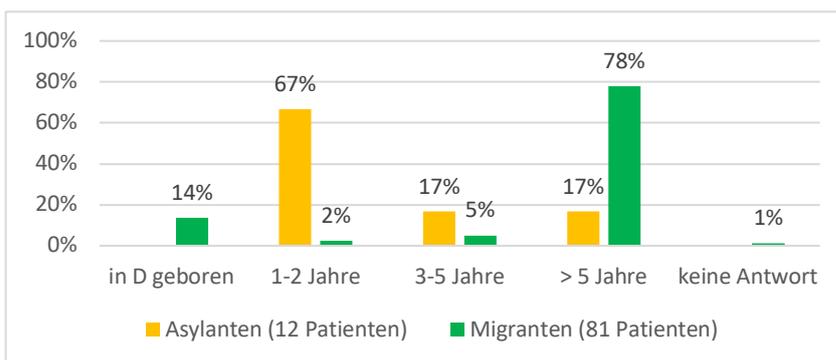


Abbildung 47: Aufenthaltsdauer in Deutschland

### 3.7.4 Deutschkenntnisse

Die Frage nach den Deutschkenntnissen wurde in einer 3-stufigen-Multiple-Choice-Frage mit Einfachantwortmöglichkeit abgefragt. Wie Abbildung 48 zeigt, gaben mit 75% (9/12) der Asylanten die meisten Asylanten an mit Schwierigkeiten Deutsch zu sprechen und zu verstehen. Mit 77% (62/81) der Migranten stuften die meisten Migranten ihr Verstehen und Sprechen der deutschen Sprache als problemlos ein.

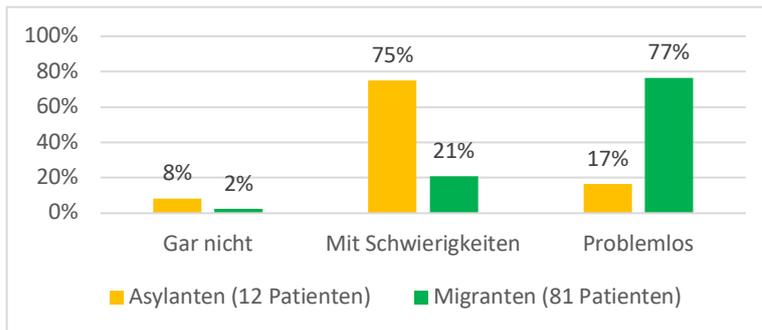


Abbildung 48: Verstehen und Sprechen der deutschen Sprache

## 3.8 Krankheitsempfinden und Erwartungen an den Klinikaufenthalt

Hinsichtlich des Krankheitsempfindens und den Erwartungen an den Klinikaufenthalt wurde nach den Beschwerden der Patienten gefragt, wie auch nach ihrer Einstellung gegenüber der psychiatrischen Behandlung im Bezirkskrankenhaus Lohr sowie ihrer Haltung hinsichtlich der verschiedenen Therapiemöglichkeiten.

### 3.8.1 Beschwerden und Vergleich mit Diagnose

In einer 13-stufigen Multiple-Choice-Frage mit Mehrfachauswahlmöglichkeit wurden die 93 Patienten mit Migrationshintergrund nach ihren Beschwerden, aufgrund derer sie sich in stationärer psychiatrischer Behandlung befanden, gefragt. Anschließend wurde, wie in Abbildung 49 graphisch dargestellt, geschaut, bei welchen Diagnosen wie häufig welche Beschwerden auftraten. In der Beschreibung der Grafik wird auch aufgeführt, welche Beschwerden besonders häufig und welche Beschwerden besonders selten im Vergleich zu den anderen Diagnosen angegeben werden. Unter den 93 Patienten mit Migrationshintergrund gab es insgesamt nur eine F0-er Diagnose. Diese eine F0-er Diagnose wurde wegen zu geringer Fallzahl nicht weiter ausgewertet.

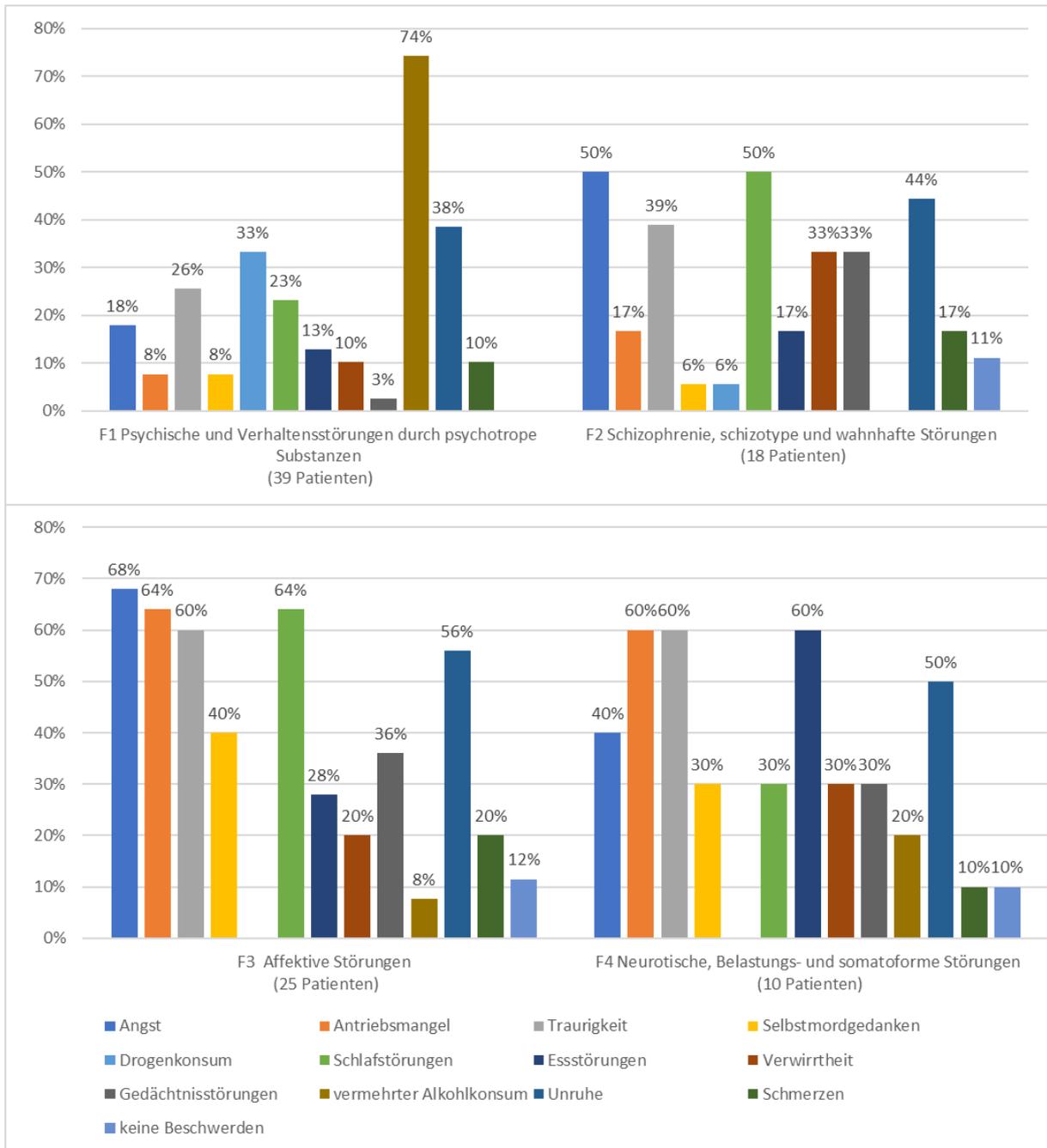


Abbildung 49: Kombination Diagnose und subjektive Beschwerden

## F1

Von den 39 Patienten (42%, 39/93) mit einer F1-er Diagnose gaben 74% (29/39) einen vermehrten Alkoholkonsum als Beschwerde an. Damit ist der vermehrte Alkoholkonsum die am häufigsten angegebene Beschwerde bei den Patienten mit F1-er Diagnose gefolgt

von Unruhe mit 38% (15/39) der Patienten mit F1-er Diagnose und Drogenkonsum mit 33% (13/39) der Patienten mit F1-er Diagnose.

#### F2

Von den 18 Patienten (19%, 18/93) mit einer F2-er Diagnose gaben jeweils 50% (9/18) Angst und Schlafstörungen als Beschwerden an. Damit sind Angst und Schlafstörungen die am häufigsten angegebenen Beschwerden der Patienten mit F2-er Diagnosen. Im Gegensatz zu den Patienten mit F3-er und F4-er Diagnosen gaben nur 17 % (3/18) der Patienten mit F2-er Diagnose Antriebsmangel und nur 6% (1/18) der Patienten mit F2-er Diagnose Selbstmordgedanken als Beschwerden an. Im Gegensatz zu den Patienten mit F1-er Diagnosen gaben 0% der Patienten mit F2-er Diagnose einen vermehrten Alkoholkonsum als Beschwerde an.

#### F3

Von den 25 Patienten (27%, 25/93) mit einer F3-er Diagnose gaben 68% (17/25) Angst, jeweils 64% (16/25) Antriebsmangel und Schlafstörungen sowie 60% (15/25) Traurigkeit als Beschwerden an. Außerdem gaben im Gegensatz zu den Patienten mit F1-er und F2-er Diagnosen 40% (10/25) der Patienten mit F3-er Diagnose Selbstmordgedanken an.

#### F4

Von den 10 Patienten (11%, 10/93) mit einer F4-er Diagnose gaben jeweils 60% (6/10) Antriebsmangel, Traurigkeit und Gedächtnisstörungen als Beschwerden an. Im Vergleich zu den Patienten mit F2-er und F3-er Diagnosen gaben nur 40% (4/10) der Patienten mit F4-er Diagnose Angst, und im Vergleich zu den Patienten mit F3-er Diagnosen gaben nur 30% (3/10) der Patienten mit F4-er Diagnose Schlafstörungen als Beschwerden an.

### **3.8.2 Einstellungen gegenüber der psychiatrischen Behandlung im Bezirkskrankenhaus Lohr und gegenüber den Therapien**

Bezüglich der Erwartungen an den Klinikaufenthalt und den Einstellungen zu den Therapien wurde die Gruppe der 93 Patienten mit Migrationshintergrund in Asylanten (12 Patienten) und Migranten (81 Patienten) untergliedert. Hinsichtlich der Einstellungen gegenüber psychiatrischen Medikamenten und Psychotherapie wurde die

Gruppe der 93 Patienten mit Migrationshintergrund sowohl in Asylanten (12 Patienten) und Migranten (81 Patienten) als auch in Männer (64 Patienten) und Frauen (29 Patienten) untergliedert.

### Erwartungen an den Klinikaufenthalt und Einstellungen zu den Therapien

Wie in Abbildung 50 dargestellt ist, glaubten am Anfang der Behandlung 50% (6/12) der Asylanten und 64% (52/81) der Migranten, dass ihre Beschwerden im Bezirkskrankenhaus Lohr gelindert oder geheilt werden können. Nur 14% (11/81) der Migranten aber 33% (4/12) der Asylanten verneinten die 3-stufige Multiple-Choice-Frage mit Einfachantwortmöglichkeit.

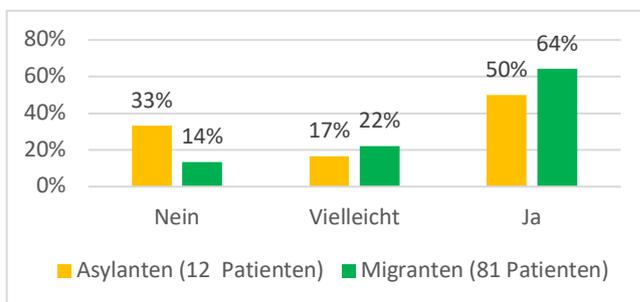


Abbildung 50: Beschwerden im Bezirkskrankenhaus Lohr lindern/heilen

Mit 68% (55/81) der Migranten und 67% (8/12) der Asylanten gaben, wie Abbildung 51 zeigt, sowohl die meisten Migranten als auch die meisten Asylanten, in der 7-stufigen Multiple-Choice-Frage mit Mehrfachauswahlmöglichkeit, an, dass sie denken, dass Medikamente ihnen helfen können. An zweiter Stelle standen sowohl bei den Migranten mit 60% (49/81), als auch bei den Asylanten mit 50% (6/12) die Einzelgespräche gefolgt von komplementären Therapien mit 42% (34/81) der Migranten und 25% (3/12) der Asylanten. Nur 14% (11/81) der Migranten aber 33% (4/12) der Asylanten gaben an, dass sie denken, dass ihnen nichts hilft.

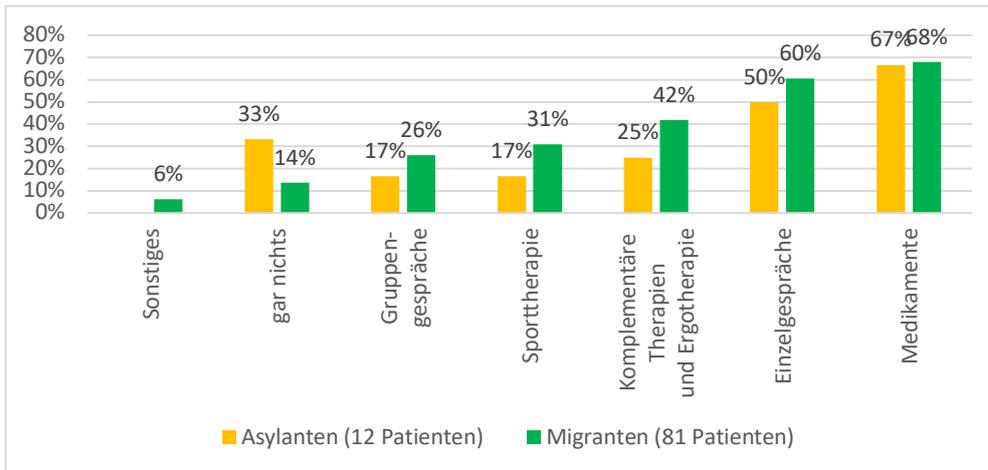


Abbildung 51: Therapien, die helfen

### Einstellung gegenüber psychiatrischen Medikamenten und Psychotherapie

Die Einstellung gegenüber psychiatrischen Medikamenten und Psychotherapie wurde in Visuellen Analogskalen gesondert abgefragt.

Wie in Abbildung 52 deutlich wird, war die Einstellung gegenüber psychiatrischen Medikamenten bei 30% (24/81) der Migranten und im Vergleich dazu nur bei 17% (2/12) der Asylanten „sehr gut“. 50% (6/12) der Asylanten und 25% (20/81) der Migranten stufen ihre Einstellung gegenüber psychiatrischen Medikamenten als „sehr schlecht“ ein

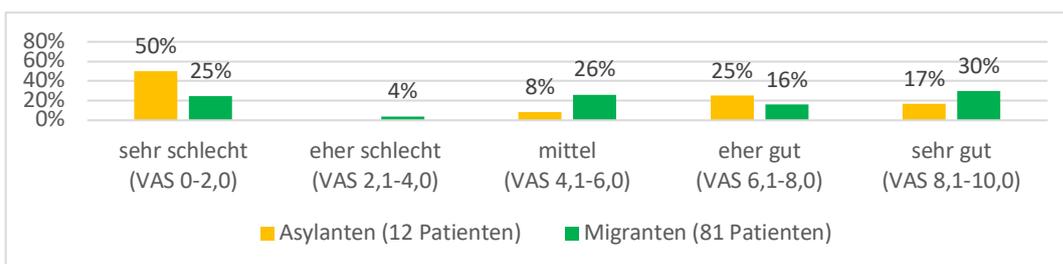


Abbildung 52: Einstellung gegenüber psychiatrischen Medikamenten

Die Einstellung gegenüber Psychotherapie war, wie Abbildung 53 zeigt, sowohl bei den meisten Migranten mit 50% (41/81) der Migranten als auch bei den meisten Asylanten mit 47% (6/12) der Asylanten „sehr gut“.

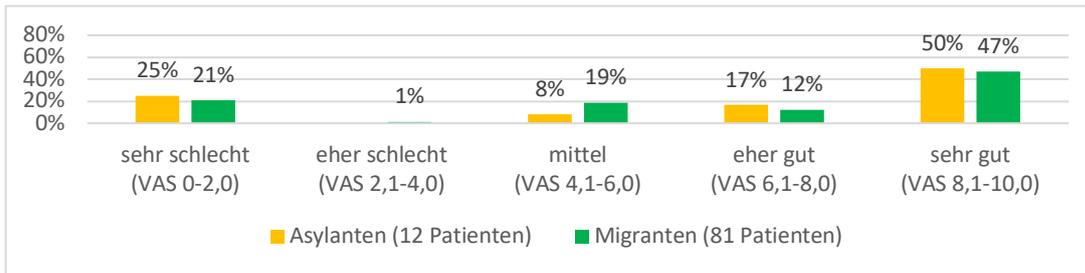


Abbildung 53: Einstellung gegenüber Psychotherapie

In Abbildung 54 fällt auf, dass immerhin 34% (22/64) der Männer eine „sehr schlechte“ Einstellung gegenüber psychiatrischen Medikamenten angaben. Nur 14% (4/29) der Frauen gaben ihre Einstellung gegenüber psychiatrischen Medikamenten als „sehr schlecht“ an.

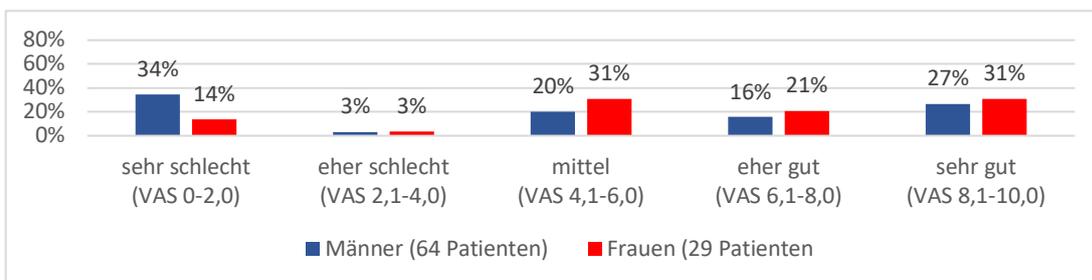


Abbildung 54: Einstellung gegenüber psychiatrischen Medikamenten

Wie Abbildung 55 zeigt, war die Einstellung der meisten Frauen gegenüber Psychotherapie mit 72% (21/29) der Frauen „sehr gut“. Auch die meisten Männer gaben an, dass ihre Einstellung gegenüber Psychotherapie „sehr gut“ sei, allerdings nur mit 36% (23/64) der Männer. 28% (18/64) der Männer und 7% (2/29) der Frauen gaben an, dass ihre Einstellung gegenüber Psychotherapie „sehr schlecht“ sei.

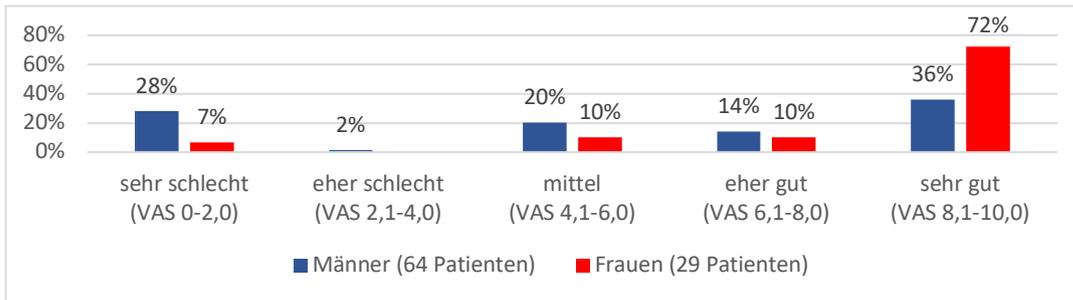


Abbildung 55: Einstellung gegenüber Psychotherapie

### 3.9 Charakterisierung der Studienteilnehmer des 2. Fragebogens

Von den 93 Patienten mit Migrationshintergrund, die den 1. Fragebogen bearbeiteten, bearbeiteten letztendlich 71 Patienten (76%) den 2. Fragebogen, in Form eines Interviews am Ende ihres stationären Aufenthaltes. Dies entspricht folglich einer Rücklaufquote von 76% (71/93). Die restlichen 22 Patienten (24%) bearbeiteten aufgrund der in Tabelle 16 aufgeführten Gründe den 2. Fragebogen nicht.

Tabelle 16: Gründe für die Nichtbefragung durch den 2. Fragebogen

Gründe für die Nichtbefragung	Anzahl an Patienten
verpasst (reguläre Entlassung)	11
vom Ausgang nicht zurück auf Station gekommen	4
spontane Entlassung gegen ärztlichen Rat	4
disziplinarische Entlassung	2
von geschlossener Station entwichen	1

Die Gruppe der 71 Patienten, die den 2. Fragebogen bearbeiteten, setzte sich, wie Abbildung 56 zeigt, aus 8 Asylanten und 63 Migranten zusammen. Die Gruppe der Asylanten bestand hierbei aus 5 männlichen Asylanten und 3 weiblichen Asylanten. Die Gruppe der Migranten bestand aus 40 männlichen Migranten und 23 weiblichen Migranten.

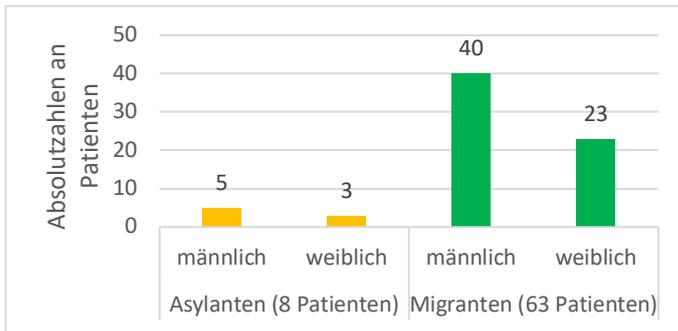


Abbildung 56: Zusammensetzung der 71 Patienten, die den 2. Fragebogen bearbeiteten

Die unter Punkt 3.9 abgefragten Aspekte bezüglich der Reflexion des Klinikaufenthaltes beziehen sich auf diese Gruppe der 71 Patienten mit Migrationshintergrund, die den zweiten Fragebogen bearbeitet haben. Dabei wurden die 71 Patienten, je nach Relevanz, als eine Einheit (71 Patienten) betrachtet, sowie in Asylanten (8 Patienten) und Migranten (63 Patienten) oder in Männer (45 Patienten) und Frauen (26 Patienten) untergliedert.

### 3.10 Reflexion des Klinikaufenthaltes

Der stationäre Aufenthalt im Bezirkskrankenhaus Lohr wurde durch Fragen nach einer Zustands- und Beschwerdeverbesserung, sowie der Beurteilung der Therapien und der Therapeuten reflektiert. Außerdem wurden die Patienten explizit danach gefragt, ob sie sich ein spezielles Religions- oder Kulturangebot gewünscht hätten und wie sie das Zusammensein mit anderen Patienten empfunden haben. Abschließend konnten die Patienten Verbesserungsvorschläge äußern.

#### 3.10.1 Zustandsverbesserung und Zustandsbewertung

Bezüglich der Frage nach einer Zustandsverbesserung wurde die Gruppe der 71 Patienten als eine Einheit (71 Patienten) betrachtet. Hinsichtlich der Zustandsbewertung wurde die Gruppe der 71 Patienten in Asylanten (8 Patienten) und Migranten (63 Patienten) untergliedert.

### Zustandsverbesserung

Die Entscheidungsfrage nach einer Zustandsverbesserung im Vergleich zu vor dem stationären Aufenthalt bejahten insgesamt 90% (64/71) der 71 Patienten mit Migrationshintergrund.

### Zustandsbewertung

Die Zufriedenheit mit dem aktuellen Zustand wurde mittels Visueller Analogskala erfasst. Wie Abbildung 57 zeigt, gaben mit 63% (5/8) der Asylanten und 43% (27/63) der Migranten sowohl die meisten Asylanten als auch die meisten Migranten an „absolut“ zufrieden mit ihrem Zustand zu sein. 29% (18/63) der Migranten und 13% (1/8) der Asylanten gaben an „sehr“ zufrieden mit ihrem Zustand zu sein.

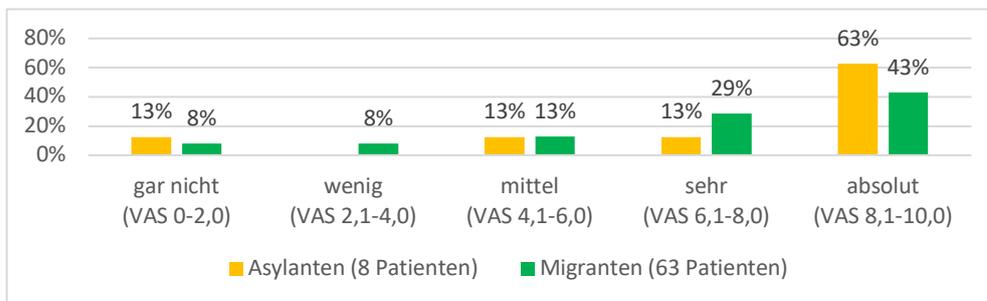


Abbildung 57: Zufriedenheit mit aktuellem Zustand

### **3.10.2 Verbesserung der Beschwerden**

Hinsichtlich der Frage nach der Verbesserung der Beschwerden wurden die 71 Patienten als eine Einheit (71 Patienten) betrachtet. Die 71 Patienten wurden mit Hilfe der 12-stufigen Multiple-Choice-Frage, deren Antwortmöglichkeiten auch schon im ersten Fragebogen verwendet wurden, gefragt, welche der Beschwerden, die sie zu Beginn des stationären Aufenthaltes angegeben hatten, sich während des stationären Aufenthaltes verbesserten.

Wie in Abbildung 58 dargestellt ist, lässt sich sagen, dass, abgesehen von den Essstörungen und den Gedächtnisstörungen, bei allen Beschwerden die meisten Patienten sagen, dass sich die Beschwerden verbessert haben. So sagen beispielsweise 76% (25/33) der 33 Patienten, die „Angst“ als Beschwerde angaben, dass sich ihre Angst

verbessert hat.

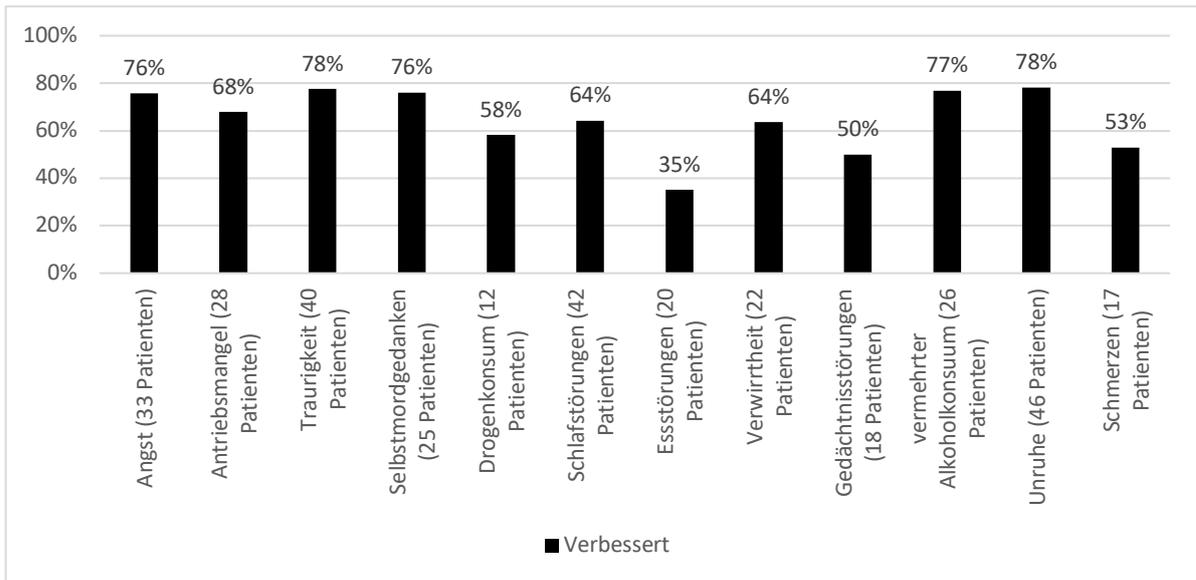


Abbildung 58: Beurteilung der Beschwerden

### 3.10.3 Beurteilung der Therapien

Für die Beurteilung der Therapien wurden die 71 Patienten sowohl als eine Einheit betrachtet (71 Patienten), als auch in Asylanten (8 Patienten) und Migranten (63 Patienten) untergliedert. Abbildung 59 zeigt, welche zur Verfügung stehenden Therapien am besten geholfen haben. Mit 63% bis 85% gab die Mehrheit der 71 Patienten mit Migrationshintergrund in der 6-stufigen Multiple-Choice-Frage mit Mehrfachantwortmöglichkeit an, dass ihnen die erhaltenen Therapien sehr gut geholfen haben.

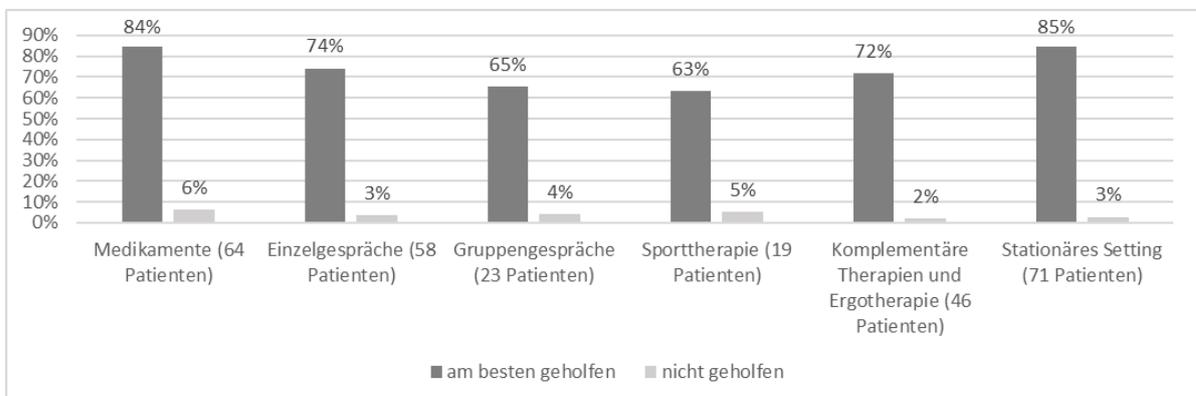


Abbildung 59: Beurteilung der Therapien

Schaut man sich, hinsichtlich der Therapien, die am besten geholfen haben, die Gruppe der Asylanten (8 Patienten) und die Gruppe der Migranten (63 Patienten) voneinander getrennt an, so fällt in Abbildung 60 auf, dass 100% (8/8) der Asylanten angaben, dass ihnen die Einzelgespräche am besten geholfen haben. Im Vergleich dazu gaben 70% (35/50) der Migranten an, dass ihnen die Einzelgespräche geholfen haben.

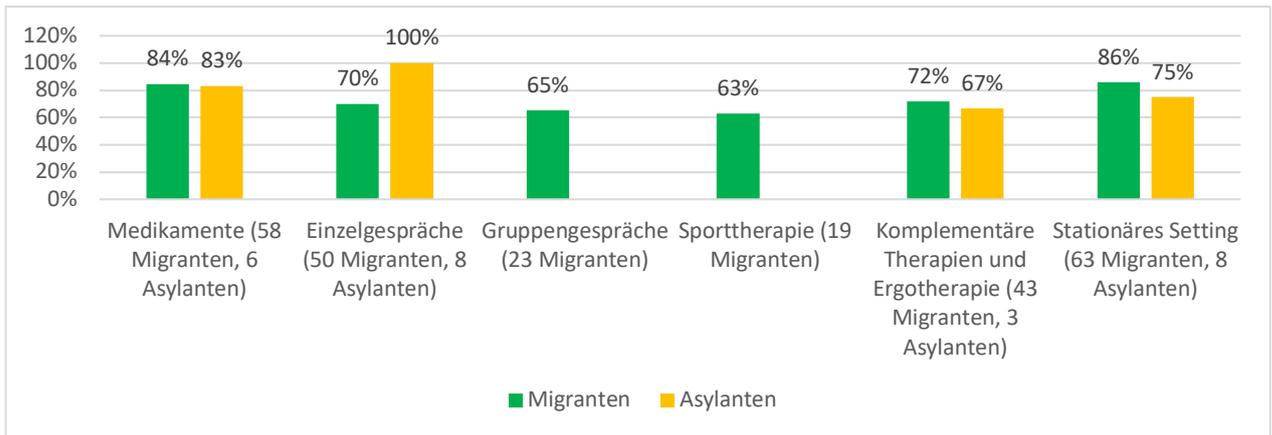


Abbildung 60: Therapien, die geholfen haben

### 3.10.4 Männliche oder weibliche Therapeuten und Religions- oder Kulturangebot

Bezüglich der Frage nach einer Präferenz männlicher oder weiblicher Therapeuten wurden die 71 Patienten in Männer (45 Patienten) und Frauen (26 Patienten) untergliedert. Hinsichtlich der Frage nach dem Wunsch eines speziellen Religions- oder Kulturangebots wurden die 71 Patienten als eine Einheit (71 Patienten) betrachtet.

#### Männliche oder weibliche Therapeuten

Auf die 3-stufige Multiple-Choice-Frage mit Einfachauswahlmöglichkeit, ob sie es besser fanden von männlichen oder von weiblichen Therapeuten behandelt zu werden, antworteten, wie Abbildung 61 zeigt, 80% (36/45) der Männer und 88% (23/26) der Frauen mit „kein Unterschied“.

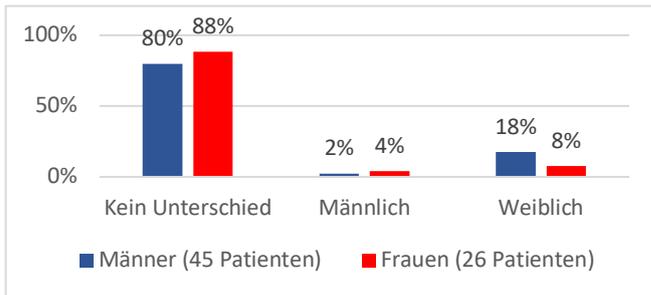


Abbildung 61: Bevorzugung von männlichen oder weiblichen Therapeuten

### Religions- oder Kulturangebot

Wie Abbildung 62 zeigt, beantworteten 97% (69/71) der Patienten mit Migrationshintergrund die Entscheidungsfrage, ob sie sich ein spezielles Religions- oder Kulturangebot gewünscht hätten mit „Nein“

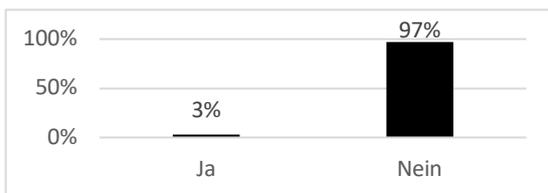


Abbildung 62: Wunsch nach einem speziellen Religions- oder Kulturangebot

### **3.10.5 Andere Patienten und Verbesserungsvorschläge**

Für die Beurteilung des Zusammenseins mit anderen Patienten wurden die 71 Patienten in Asylanten (8 Patienten) und Migranten (63 Patienten) untergliedert. Für die Frage nach Verbesserungsvorschlägen wurden die 71 Patienten als eine Einheit (71 Patienten) betrachtet.

#### Andere Patienten

In der 3-stufigen Multiple-Choice-Frage mit Einfachauswahlmöglichkeit, in der gefragt wurde wie die Patienten es fanden mit anderen Patienten Zeit zu verbringen und sich mit ihnen auszutauschen, gaben, wie Abbildung 63 zeigt, 25% (2/8) der Asylanten an, dass sie das Zusammensein mit anderen Patienten als „Belastung“ empfunden hätten. Im Vergleich dazu gaben nur 3% (2/63) der Migranten an, dass sie das Zusammensein

mit anderen Patienten als belastend empfunden hätten. 50% der Asylanten und 48% der Migranten empfanden das Zusammensein und den Austausch mit anderen Patienten als „Hilfe“.

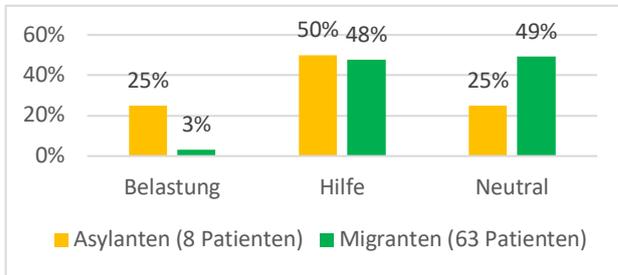


Abbildung 63: Beurteilung des Zusammenseins mit anderen Patienten

### Verbesserungsvorschläge

Nach Verbesserungsvorschlägen hinsichtlich der Therapie und hinsichtlich des Aufenthaltes in der Psychiatrie wurde zunächst in einer offenen Frage gefragt. Die am häufigsten angegebenen Verbesserungsvorschläge sind in Abbildung 64 zu sehen. Die ausformulierten Antworten aller 36 Patienten, die Verbesserungsvorschläge angegeben haben, sind, nach Stationen sortiert, im Anhang ab Seite 112 aufgelistet.

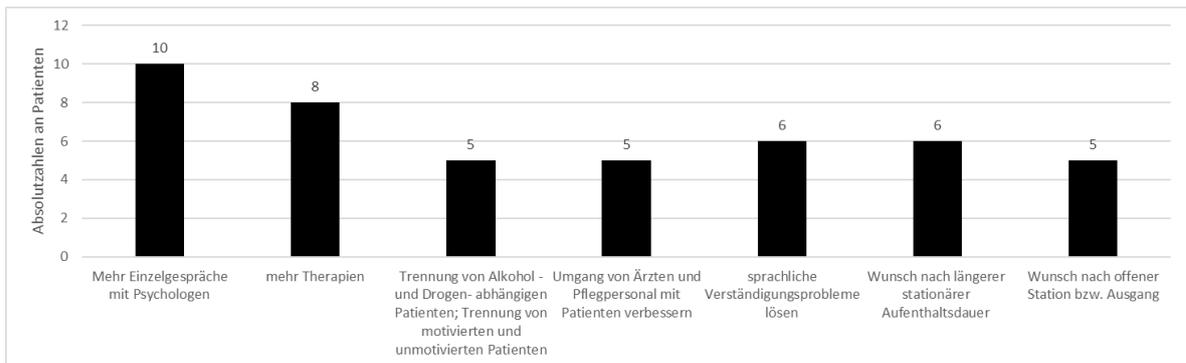


Abbildung 64: Verbesserungsvorschläge

## **4. Diskussion**

### **4.1 Kontexteinordnung der vorliegenden Querschnittsanalyse**

In der vorliegenden Querschnittsanalyse lag der Schwerpunkt auf Migranten und Asylanten in stationär psychiatrischer Behandlung in einem Bezirkskrankenhaus. Es wurde zum einen ein allgemeiner Vergleich zwischen der psychischen Gesundheit von Patienten mit und ohne Migrationshintergrund durchgeführt, die Herkunftsländer der Patienten mit Migrationshintergrund bestimmt, und die osteuropäischen mit den türkischen Patienten bezüglich ihrer psychischen Gesundheit miteinander verglichen. Zum anderen wurden detailliert die Lebensumstände und die Aspekte hinsichtlich der Integration, das Krankheitsempfinden sowie die Erwartungen an die Therapie und den stationären psychiatrischen Klinikaufenthalt der Patienten mit Migrationshintergrund untersucht. In anderen Studien wurde ebenfalls im Einzelnen auf die, in der vorliegenden Querschnittsanalyse, untersuchten Fragestellungen eingegangen. Nach unserem Kenntnisstand gibt es jedoch keine andere Arbeit mit vergleichbarem Umfang, in der auf alle in der vorliegenden Querschnittsanalyse bearbeiteten Fragestellungen eingegangen wird. In der vorliegenden Querschnittsanalyse wurde außerdem der stationäre Aufenthalt im Bezirkskrankenhaus Lohr durch Fragen nach einer Zustands- und Beschwerdeverbesserung reflektiert. Zusätzlich wurden die Patienten explizit danach gefragt, ob sie sich ein spezielles Religions- oder Kulturangebot gewünscht hätten und konnten Verbesserungsvorschläge äußern. Hinsichtlich der Reflexion des Klinikaufenthaltes von Patienten mit Migrationshintergrund wurden in der Literatur keine vergleichsweise ähnlichen Untersuchungen gefunden.

### **4.2 Beantwortung der Fragestellung**

Im Folgenden werden die Ergebnisse der vorliegenden Querschnittsanalyse dargestellt, bewertet und mit anderen Untersuchungen verglichen.

#### **4.2.1 Anteil der Patienten mit Migrationshintergrund in stationär psychiatrischer Behandlung**

Wie Koch et al. [8] in ihrer Untersuchung berichten, haben frühere Versorgungsstudien zur Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Angebote gezeigt, dass nur ca. die Hälfte der aufgrund ihres Anteils an der Wohnbevölkerung dort zu erwartenden Menschen mit Migrationshintergrund tatsächlich stationär psychiatrisch behandelt wurden. So wurde beispielsweise in einer Studie aus dem Jahr 1994 festgestellt, dass einer ausländischen Wohnbevölkerung von 29,5% im Einzugsgebiet einer psychiatrischen Klinik in Frankfurt nur 15,7% stationäre Aufnahmen von ausländischen Mitbürgern gegenüberstanden [6]. In einer weiteren 1999 veröffentlichten Arbeit, wurde herausgefunden, dass in den Jahren 1994 bis 1996 in einer psychiatrischen Klinik in Bayreuth nur 3,6% Ausländer behandelt wurden. Ihr Anteil gegenüber der Wohnbevölkerung entsprach jedoch 7%. [7]

In der Studie von Koch et al. [8] aus dem Jahr 2007 wurden hingegen die bisherigen Aussagen über die zu niedrige Inanspruchnahme der stationären psychiatrischen Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund korrigiert. In der Untersuchung wurde zu einem bestimmten Stichtag die Zahl an Patienten mit Migrationshintergrund in 12 psychiatrischen Kliniken in Deutschland erfasst. Anschließend wurde diese Zahl mit der Zahl an Patienten insgesamt, die sich an diesem Stichtag in den 12 psychiatrischen Kliniken befanden, ins Verhältnis gesetzt. Die Autoren kamen zu dem Ergebnis, dass Menschen mit Migrationshintergrund entsprechend ihrem Bevölkerungsanteil stationär psychiatrisch behandelt werden. An dem Stichtag hatten 17,4% der Patienten, die sich an diesem Tag in stationärer Behandlung in einer der 12 Kliniken befanden, einen Migrationshintergrund.

Der Bevölkerungsanteil von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland lag zu diesem Zeitpunkt bei mindestens 16% [28].

In der vorliegenden Querschnittsanalyse wurden in dem betrachteten Zeitraum von 8 Wochen insgesamt 773 Patienten stationär auf die Stationen der Allgemeinpsychiatrie, der Gerontopsychiatrie, der Klinischen Suchtmedizin, der Psychosomatischen Medizin und auf die Station für Menschen mit Intelligenzminderung des Bezirkskrankenhauses

Lohr Krankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin aufgenommen. 16% (125/773) der aufgenommenen Patienten gehörten hierbei der Gruppe der Migranten, 3% (26/773) der aufgenommenen Patienten gehörten der Gruppe der Asylanten und 81% (622/773) der aufgenommenen Patienten gehörten der Gruppe der Nichtmigranten an.

Im Jahr 2015 hatten von den 81,4 Millionen Einwohnern in Deutschland etwa 17,1 Millionen Menschen und somit ungefähr ein Fünftel (20%) der Bevölkerung einen Migrationshintergrund. Dabei definiert das Statistische Bundesamt Menschen mit Migrationshintergrund wie folgt: „Eine Person hat einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil die deutsche Staatsangehörigkeit nicht durch Geburt besitzt.“ [1]

In der vorliegenden Querschnittsanalyse wurden Menschen mit Migrationshintergrund nach Stronks et al. [25, 26] folgendermaßen definiert: Entweder die Person selbst und mindestens ein Elternteil ist nicht in Deutschland geboren (erste Generation), oder beide Elternteile sind nicht in Deutschland geboren (zweite Generation).

Durch die in der vorliegenden Querschnittsanalyse verwendete enger gefasste Definition eines Migrationshintergrundes lässt sich erklären warum der Anteil der Migranten in stationärer psychiatrischer Behandlung mit 16% etwas geringer ist, als der Bevölkerungsanteil der Patienten mit Migrationshintergrund mit 20%. Man kann somit davon ausgehen, dass der aktuelle Anteil der Migranten in stationärer psychiatrischer Behandlung, in Übereinstimmung mit Koch et al.[8], in etwa dem Bevölkerungsanteil der Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland entspricht. Eine mögliche Erklärung für diesen Zustand könnte sein, dass, sich mittlerweile der Zugang zum Gesundheitssystem für Menschen mit Migrationshintergrund, im Sinne einer stationären psychiatrischen Behandlung, verbessert hat.

#### **4.2.2 Unterschiede bezüglich der psychischen Gesundheit der Patienten mit Migrationshintergrund und der Patienten ohne Migrationshintergrund**

Hinsichtlich der Unterschiede bezüglich der psychischen Gesundheit der Patienten mit Migrationshintergrund und der Patienten ohne Migrationshintergrund wurden, in der vorliegenden Querschnittsanalyse, die Entlass-Diagnosen, das Geschlecht, das Alter

sowie die stationäre Aufenthaltsdauer der Migranten, der Asylanten und der Nichtmigranten miteinander verglichen.

### Entlass-Diagnosen

Bezüglich der Diagnosen-Verteilung ließ sich in der vorliegenden Querschnittsanalyse feststellen, dass mit 38% der Migranten signifikant mehr Migranten eine F1-er Diagnose (Psychische und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen) haben als Nichtmigranten (25%) und als Asylanten (15%). Der erhöhte Alkoholkonsum und der Konsum illegaler Drogen wurden auch in einer anderen Studie mit einigen Migrantengruppen in Verbindung gebracht [9]. Außerdem weisen in Frankfurt [29], Essen [30] und Stuttgart [31] durchgeführten Untersuchungen auf einen stark zunehmenden Anteil von suchtmittelabhängigen Migranten hin [10].

Die Unterschiede zwischen der Häufigkeit des Vorkommens von F2-er Diagnosen (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen) zwischen Migranten (19%), Nichtmigranten (15%) und Asylanten (12%) waren nicht signifikant. Dies steht im Gegensatz zu Studien, die feststellten, dass die eigene Migration oder die Migration der Familie ein wichtiger Risikofaktor für die Entwicklung einer Schizophrenie ist [11, 12]. Für das häufigere Auftreten der F2-er Diagnosen bei Migranten könnten allerdings Fehldiagnosen verantwortlich sein [32].

Sowohl mehr Migranten (22%), als auch mehr Nichtmigranten (29%) hatten signifikant häufiger F3-er Diagnosen (affektive Störungen) als Asylanten. Zwischen Migranten und Nichtmigranten waren die Unterschiede zwischen der Häufigkeit des Vorkommens von F3-er Diagnosen jedoch nicht signifikant. Dies passt zu einer Metaanalyse, in der nicht bestätigt werden konnte, dass Migranten ein höheres Risiko für bipolar affektive Störungen haben als Nichtmigranten [5].

Asylanten hatten mit 69% der Asylanten hoch signifikant mehr F4-er Diagnosen (Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen) als Migranten (9%) und als Nichtmigranten (10%). Dieses Ergebnis stimmt mit einem Review überein, in dem festgestellt wurde, dass Flüchtlinge 10 Mal häufiger unter Posttraumatischen Belastungsstörungen leiden, als die gleichaltrige einheimische Bevölkerung [13].

## Geschlecht

Hinsichtlich der Geschlechterverteilung ließ sich in der vorliegenden Querschnittsanalyse feststellen, dass prozentual mehr männliche Migranten (64%) und prozentual mehr männliche Asylanten (77%) als männliche Nichtmigranten (54%) in dem Zeitraum von 8 Wochen stationär aufgenommen wurden. In einer Metaanalyse wurde herausgefunden, dass männliche Migranten der ersten Generation ein erhöhtes Risiko für affektive Störungen im Vergleich zu einheimischen Männern haben. Das Risiko von weiblichen Migranten scheint hingegen nicht erhöht zu sein. Das erhöhte Risiko, welches bei Männern gefunden wurde, könnte mit einer geringeren sozialen Unterstützung, die die zuerst migrierenden Männer im Vergleich zu Frauen, die für die Familienzusammenführung oder als begleitende Ehefrauen migrieren, erfahren, zusammenhängen. [5]

In einer anderen Untersuchung wurde der hohe Anteil suchtmittelabhängiger Männer damit erklärt, dass zum einen Frauen durch die kulturell bedingten Rollen in der Familie vor anderen Problemen stehen und Konflikte durch andere Bewältigungsmechanismen verarbeiten als Männer. Die geschlechtsspezifischen Erwartungshaltungen könnten die körperlichen sowie emotionalen Reaktionen auf psychosoziale Belastungen dahingehend beeinflussen, dass Männer eher zu einer Suchtmittelabhängigkeit neigen als Frauen. Zum anderen könnte es aber auch sein, dass suchtmittelabhängige Frauen die professionelle Hilfe durch die entsprechenden Einrichtungen im Suchtbereich nicht in Anspruch nehmen. [10]

Mit 65,7% wurde im Jahr 2016 die Mehrheit der Asylbeantragungen von Männern gestellt [2]. Die höhere Zahl an Asylbeantragungen durch Männer könnte eine Erklärung für die 77% der männlichen Asylanten, die sich in stationärer psychiatrischer Behandlung befanden, im Vergleich zu nur 23% weiblichen Asylanten, sein.

## Alter

In der vorliegenden Querschnittsanalyse unterschieden sich das Durchschnittsalter der Migranten mit 45,4 Jahren und das Durchschnittsalter der Nichtmigranten mit 48,9 Jahren nicht signifikant. Das durchschnittliche Alter der Asylanten war jedoch mit 26,2

Jahren statistisch hoch signifikant geringer als das Durchschnittsalter der Migranten und der Nichtmigranten. Das junge Alter der Asylanten könnte eventuell mit der Publikation „Das Bundesamt in Zahlen 2016. Asyl, Migration und Integration.“ [2], in der berichtet wird, dass 2016 36,2 % (261.386 Personen) der Asylantragstellenden jünger als 18 Jahre, und fast drei Viertel (73,8 %; 532.799 Personen) jünger als 30 Jahre alt waren, erklärt werden. In der Studie von Koch et al. [8] lag das Durchschnittsalter der Patienten mit Migrationshintergrund ohne Patienten der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen bei 38,5 Jahren. Migranten und Asylanten wurden in Kochs Arbeit als eine Gruppe betrachtet. Dies könnte das geringere Durchschnittsalter im Vergleich zur vorliegenden Querschnittsanalyse, in der Migranten und Asylanten getrennt voneinander betrachtet wurden, erklären.

#### Stationäre Aufenthaltsdauer

Die durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer der Asylanten (10,4 Tage) war sehr signifikant kürzer, sowohl als die durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer der Migranten (22,0 Tage) als auch der Nichtmigranten (21,7 Tage). Dies könnte zum einen mit der Verteilung der Diagnosen und der daraus resultierenden Länge des stationären Aufenthaltes zusammenhängen. Mit 69% hatten die Asylanten statistisch hoch signifikant mehr F4-er Diagnosen, für welche eine kürzere stationäre Behandlungsdauer vorgesehen ist als beispielsweise für F1-er oder F3-er Diagnosen, als die Migranten (9% F4-er Diagnosen) und die Nichtmigranten (10% F4-er Diagnosen). Außerdem könnte die kürzere stationäre Aufenthaltsdauer der Asylanten zusätzlich durch das schlechtere Sprachverständnis der Asylanten und dem daraus resultierendem Nicht-Erkennen von Diagnosen, die eine längere Behandlungsdauer erfordern würden, bedingt sein. Immerhin 75% der Asylanten gaben an, mit Schwierigkeiten Deutsch zu Verstehen und zu Sprechen, 8% der Asylanten waren der deutschen Sprache überhaupt nicht mächtig. Des Weiteren könnten die Gründe für die Einweisung in die Psychiatrie, mit psychogenen Anfällen und temporären Zuständen psychischer Instabilität, die die Reaktion auf abgelehnte Asylbescheide oder Probleme in der Asylunterkunft waren, die kurze Aufenthaltsdauer der Asylanten erklären. Diese Gründe für die Einweisung in die Psychiatrie würden auch erklären, warum immerhin 33% der Asylanten antworten, dass

ihre Beschwerden im Bezirkskrankenhaus Lohr nicht gelindert oder geheilt werden können. Im Gegensatz zu einer Studie aus dem Jahr 1999, bei der die stationäre Behandlungsdauer der Migranten zum Teil deutlich kürzer als bei den deutschen Patienten war [7], unterschied sich die Länge der stationären Aufenthaltsdauer der Migranten und der Nichtmigranten in der im Bezirkskrankenhaus Lohr durchgeführten Querschnittsanalyse nicht signifikant voneinander. Dieses Ergebnis zeigt, dass die Länge der stationären Aufenthaltsdauer unabhängig davon ist, ob die Patienten Migranten oder Nichtmigranten sind.

#### **4.2.3 Länder in denen die Patienten mit Migrationshintergrund, die sich in stationär psychiatrischer Behandlung befanden, geboren sind**

Die meisten Migranten, die zur Studienpopulation gehörten, sind in Polen, Deutschland und der Türkei geboren.

Die hohe Zahl an Migranten, die in Polen geboren sind, könnte unter anderem damit zusammenhängen, dass ab Ende der 1980er-Jahre deutschstämmige Aussiedler aus Polen nach Deutschland kamen. So migrierten allein im Rahmen der großen Auswanderungswelle in den Jahren 1988 bis 1990 über eine halbe Million deutschstämmige Aussiedler von Polen nach Deutschland. [33] 2016 war Polen mit 783.085 aus Polen stammenden Menschen das Land, aus dem die zweitgrößte Gruppe der in Deutschland lebenden Ausländer kam. Mit 1.492.580 Türken war das Herkunftsland der meisten in Deutschland lebenden Ausländer 2016 die Türkei. [34] Die meisten Eltern, der in Deutschland geborenen Patienten kamen auch aus der Türkei und aus osteuropäischen Ländern.

Die meisten Asylanten, die zur Studienpopulation gehörten, sind mit 42% (11/26) der Asylanten in Afghanistan geboren.

Afghanistan steht mit 127.012 Asylerstanträgen im Jahr 2016, nach Syrien & der arabischen Republik mit 266.250 Asylerstanträgen im Jahr 2016, an zweiter Stelle der Asylerstanträge der Top-Ten-Staatsangehörigkeiten im Jahr 2016. Von den 68.246 Asylanträgen afghanischer Asylsuchender, über die 2016 entschieden wurde, wurden 36,4% (24.817 Anträge) abgelehnt (unbegründet/offensichtlich unbegründet). Von den 295.040 Asylanträgen von Asylsuchenden aus Syrien & der arabischen Republik, über

die 2016 entschieden wurde, wurden hingegen nur 0,06% (167 Anträge) abgelehnt (unbegründet /offensichtlich unbegründet). [2]

Die prozentual höhere Ablehnungsrate von Asyleranträgen afghanischer Asylsuchender könnte erklären warum 42% (11/26) und damit die meisten Asylanter, die sich in stationärer psychiatrischer Behandlung befanden, in Afghanistan geboren sind, und nur 8% (2/26) der Asylanter, die sich in stationärer psychiatrischer Behandlung befanden, in Syrien geboren sind, obwohl im Jahr 2016 ca. 140.000 Asyleranträge mehr von Asylsuchenden mit syrischer Staatsangehörigkeit gestellt wurden als von Asylsuchenden mit afghanischer Staatsangehörigkeit.

#### **4.2.4 Unterschiede bezüglich der psychischen Gesundheit der in Osteuropa und in der Türkei geborenen Patienten**

Die 2007 durchgeführte Studie von Koch et al. [8] hatte das Ziel den Anteil der Patienten mit Migrationshintergrund im stationären Bereich, ihre Nationalität, ihre Herkunft, weitere soziodemographische Daten, sowie die mögliche Beeinflussung der Diagnostik und der Therapie durch den Migrantenstatus der Patienten zu dokumentieren. Die Autoren verglichen in ihrer Untersuchung die beiden größten Migrantengruppen, nämlich die Migranten mit türkischer Herkunft und die Migranten mit osteuropäischer Herkunft, miteinander. In Anlehnung an diesen Vergleich wurden in der vorliegenden Querschnittsanalyse die in osteuropäischen Ländern (Polen, Rumänien, Russland, Kasachstan, Slowakei, Ukraine, Tschechien, Ungarn, Weißrussland) geborenen Patienten (55 Patienten) mit den in der Türkei geborenen Patienten (15 Patienten) hinsichtlich ihrer Entlass-Diagnose, ihres Geschlechts, sowie ihres Alters miteinander verglichen.

##### Entlass-Diagnosen

Mit 49% der in Osteuropa geborenen Patienten und im Vergleich dazu nur 13% der in der Türkei geborenen Patienten hatten in der vorliegenden Querschnittsanalyse statistisch signifikant ( $p < 0,05$ ) mehr osteuropäische als türkische Patienten eine F1-er Diagnose. Dieses Ergebnis stimmt mit den Ergebnissen von Koch et al. [8], in deren Studie bei 54,9% der osteuropäischen Patienten und nur bei 21,1% der türkischen Patienten und damit bei statistisch sehr signifikant ( $p < 0,01$ ) mehr osteuropäischen als

türkischen Patienten eine Abhängigkeit von illegalen Drogen und Alkohol diagnostiziert wurde, überein. In der vorliegenden Querschnittsanalyse hatten 33% der in der Türkei geborenen und lediglich 18% der in Osteuropa geborenen Patienten eine F2-er Diagnose. Wie bei Koch et al. [8], in deren Studie ebenso 33,3% der türkischen Patienten und lediglich 23,2% der aus Osteuropa stammenden Patienten die Diagnose einer Schizophrenie hatten, war der Unterschied zwischen der Häufigkeit von F2-er Diagnosen zwischen osteuropäischen und türkischen Patienten jedoch statistisch nicht signifikant. Während bei der Studie von Koch et al. [8] das häufigere Auftreten von affektiven Störungen bei türkischen Patienten mit 18,4% der türkischen Patienten im Vergleich zu 9,8% der osteuropäischen Patienten nur als statistischer Trend ( $p=0,09$ ) auffällig war, war das häufigere Auftreten von F3-er Diagnosen in der vorliegenden Studie mit 33% der türkischen Patienten mit F3-er Diagnose im Vergleich zu 9% der osteuropäischen Patienten mit F3-er Diagnose statistisch signifikant ( $p<0,05$ ).

#### Geschlecht und Alter

In der vorliegenden Querschnittsanalyse entsprach der Anteil der männlichen osteuropäischen Patienten mit 67% dem Anteil der männlichen türkischen Patienten mit ebenfalls 67%. Dementsprechend entsprach der Anteil der osteuropäischen weiblichen Patienten mit 33% dem Anteil der weiblichen türkischen Patienten mit 33%. Der durchschnittliche Altersunterschied zwischen den in Osteuropa geborenen Patienten (49,0 Jahre) und den in der Türkei geborenen Patienten (44,9 Jahre) war statistisch nicht signifikant.

Aus diesen Ergebnissen lässt sich schließen, dass die unterschiedliche Verteilung der Diagnosen zwischen osteuropäischen und türkischen Patienten unabhängig von Geschlecht und Alter der Patienten ist. Man könnte vermuten, dass die Herkunft und die Kultur die körperlichen und emotionalen Reaktionen auf psychosoziale Belastungen und auf die Bewältigungsmechanismen von Konflikten beeinflussen. Während Menschen aus osteuropäischen Ländern häufiger unter Suchterkrankungen, wie der Abhängigkeit von illegalen Drogen und Alkohol, leiden, als Menschen aus der Türkei, leiden Türken häufiger unter affektiven Störungen als Osteuropäer. Da die Unterschiede bezüglich der Häufigkeit der Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis zwischen

Osteuropäern und Türken nicht signifikant sind, könnte man vermuten, dass Schizophrenien und wahnhaftige Störungen kulturell unabhängig sind.

#### **4.2.5 Lebensumstände der Patienten mit Migrationshintergrund**

Hinsichtlich der Lebensumstände wurde in der vorliegenden Querschnittsanalyse nach einer möglichen Traumatisierung sowie den größten Stressfaktoren, der sozialen Unterstützung und dem sozioökonomischen Status der Patienten mit Migrationshintergrund gefragt.

##### Traumatisierung und Stressfaktoren

Auf die Frage was ihre größten Stressfaktoren sind, beziehen sich Flüchtlinge typischerweise nicht auf ihre traumatischen Erinnerungen, sondern auf ihre aktuelle Frustration [35]. Die Flüchtlinge und Asylsuchenden beschwerten sich mehr über ihre aktuellen Lebensbedingungen als über frühere Traumatisierungen [23]. Diese beiden übereinstimmenden Feststellungen aus verschiedenen Veröffentlichungen konnten in der vorliegenden Querschnittsanalyse nur teilweise bestätigt werden. Auf die Frage ob es in ihrem Leben ein traumatisches Ereignis gab antworteten 83% der Asylanten und 74% der Migranten mit „Ja“. Auf die Frage, wie sehr sie sich durch dieses Ereignis aktuell belastet fühlen antworteten alle Asylanten (10/10), die die vorherige Frage mit „Ja“ beantwortet hatten, mit „absolut“. Dahingegen beantworteten nur 38% der Migranten, die die vorherige Frage mit „Ja“ beantwortet hatten, die Frage nach der aktuellen Belastung durch das traumatische Ereignis mit „absolut“. Immerhin 32% der Migranten gaben an, dass sie sich durch das traumatische Ereignis in der Vergangenheit „gar nicht“ belastet fühlen. Dieses Ergebnis legt die Vermutung nahe, dass während die Migranten sich mit ihrem traumatischen Ereignis in der Vergangenheit schon auseinandergesetzt haben und es verarbeiten konnten, die Asylanten noch sehr belastet von ihrem traumatischen Ereignis in der Vergangenheit sind.

Auf die Frage wie zufrieden sie mit ihrer aktuellen Lebenssituation sind antworteten die Hälfte der Asylanten und mit 42% der Migranten knapp die Hälfte der Migranten mit „gar nicht“. Sowohl jeweils ca. die Hälfte der Asylanten als auch ca. die Hälfte der Migranten gaben, neben der Belastung durch die aktuelle Krankheit, die sowohl 75% der Asylanten als auch 75% der Migranten als belastend empfanden, mit der familiären

Situation, der beruflichen Situation, dem Geldmangel und der Wohnsituation weitere belastende Faktoren an.

Aus den Ergebnissen hinsichtlich der Traumatisierung und der Stressfaktoren lässt sich insgesamt vermuten, dass während die Migranten sich hauptsächlich durch ihre aktuellen Lebensbedingungen und weniger durch ein in der Vergangenheit erlebtes Trauma belastet fühlen, die Asylanten sowohl durch ihre traumatischen Ereignisse in der Vergangenheit, als auch durch ihre aktuellen Lebensbedingungen belastet sind.

### Soziale Unterstützung

Mehrere Studien kamen zu dem Ergebnis, dass eine schlechte psychische Gesundheit eher mit einem Mangel an sozialer Unterstützung assoziiert ist [14-18]. Dieser Mangel an sozialer Unterstützung könnte bei der männlichen Studienpopulation zutreffen. Denn mit 63% der Männer gab die Mehrheit der Männer an nicht in einer festen Partnerschaft zu leben und mit 30% gaben außerdem die meisten Männer an alleine zu wohnen. Außerdem kam die „Hilfe durch Freunde“ bei den männlichen Patienten erst an vierter Stelle nach der staatlichen Hilfe. Dagegen gaben nur 28% der Frauen an, nicht in einer festen Partnerschaft zu leben und nur 17% der Frauen gaben an alleine zu wohnen. Somit könnte man vermuten, dass Frauen sozial integrierter leben als Männer und damit psychisch gesünder sind.

Bei Frauen mit wenig psychischen Ressourcen könnten soziale Verbindungen jedoch das Auftreten von psychischen Krankheitssymptomen erhöhen. Besonders, wenn diese sozialen Verbindungen Belastungen mit sich bringen, die mit einer Verpflichtung der sozialen Unterstützung anderen gegenüber einhergeht. [14] Dies könnte auch erklären, warum die meisten Frauen mit 72% angaben, dass sie bei Problemen Hilfe von Ärzten bekommen und die Hilfe durch die Familie bei den Frauen erst mit 62% an zweiter Stelle stand. Im Gegensatz dazu stand bei den Männern bei Problemen, mit jeweils 72%, die Hilfe durch Ärzte und die Hilfe durch die Familie zusammen auf einer Stufe an erster Stelle.

### Sozioökonomischer Status

Migranten können vulnerable Gruppen sein mit schwierigerem Zugang zum Arbeitsmarkt [5]. Ein geringer sozioökonomischer Status, der anhand des Einkommens

gemessen wird, steht im Zusammenhang mit einem erhöhten Risiko aufgrund einer psychotischen Störung stationär behandelt zu werden [19]. In der vorliegenden Querschnittsanalyse gaben 42% der Männer an arbeitslos zu sein. Im Gegensatz dazu gaben nur 21% der Frauen an arbeitslos zu sein. Auf die, in der vorliegenden Querschnittsanalyse, gestellte Frage nach der Finanzierung des Lebensunterhaltes gaben mit 38% der Männer und 28% der Frauen sowohl die meisten Männer als auch die meisten Frauen an ihren Lebensunterhalt durch staatliche Unterstützung zu finanzieren. Auch weitere Studien kamen zu dem Ergebnis, dass ein niedriger sozioökonomischer Status, der häufig mit dem Migrantenstatus einhergeht, ein etablierter Risikofaktor für die stationäre Aufnahme aufgrund von psychischen Störungen ist [36, 37].

#### **4.2.6 Aussagen der Patienten mit Migrationshintergrund hinsichtlich der Integration**

Unter den Aspekten hinsichtlich der Integration wurden in der vorliegenden Querschnittsanalyse das Migrationsalter, die Migrationsgründe, die Aufenthaltsdauer in Deutschland, sowie die Deutschkenntnisse der Patienten mit Migrationshintergrund abgefragt.

##### Migrationsalter

Bhugra führte in einem Review aus, dass der Zusammenhang zwischen dem Migrationsalter und einer psychiatrischen Erkrankung komplex ist. Es ist wahrscheinlicher, dass junge Erwachsene migrieren. Sie können sich flexibler an neue Begebenheiten anpassen. Gleichzeitig haben junge Erwachsene ein höheres Risiko für die Entwicklung von psychiatrischen Krankheitsbildern. [38]

Dass vor allem junge Erwachsene migrieren zeigen auch die Ergebnisse in der vorliegenden Querschnittsanalyse. 47% der Migranten und 42% der Asylanten waren jünger als 19 Jahre alt, als sie nach Deutschland gekommen sind. 40% der Migranten und 58% der Asylanten waren älter als 18 Jahre. Dieses Ergebnis zeigt, dass knapp die Hälfte der Migranten die Volljährigkeit noch nicht oder gerade erst erreicht hatten, als sie nach Deutschland gekommen sind.

### Migrationsgründe

Migranten können sich zu einem anderen Land hingezogen fühlen durch verschiedene sogenannte „pull factors“ wie einer besseren Ausbildungsperspektive sowie einer besseren wirtschaftlichen Situation und besseren Arbeitsbedingungen, oder sie können sich von ihrem ursprünglichen Heimatland abgestoßen fühlen aufgrund von „push factors“ wie politischen und religiösen Gründen, Armut, Terrorismus und Vertreibung. [20]

In der vorliegenden Querschnittsanalyse gaben mit 40% der Migranten die meisten Migranten an, dass ihre Eltern nach Deutschland wollten. Somit gaben, die meisten Migranten an, dass es nicht ihre Entscheidung, sondern die ihrer Eltern war nach Deutschland zu gehen. Dies passt zu dem angegebenen Migrationsalter, das bei knapp der Hälfte der Migranten bei unter 19 Jahren lag. Die wirtschaftlichen Gründe, mit 23% der Migranten an zweiter Stelle, die Familienzusammenführung, mit 16% der Migranten an dritter Stelle, sowie die Deutschen Wurzeln, mit 11% der Migranten an vierter Stelle, können zu den „pull factors“ gezählt werden. Man könnte vermuten, dass ein Großteil der Eltern der Migranten, die angegeben haben, dass ihre Eltern nach Deutschland wollten, ebenfalls aufgrund dieser „pull factors“ nach Deutschland gekommen sind. Somit könnte man folgern, dass die Mehrheit der Migranten auf Grund von „pull factors“ nach Deutschland gekommen ist.

Dagegen haben 42% der Asylanten politische Gründe als Migrationsgründe angegeben, 25% der Asylanten haben gesundheitliche Gründe und 17% der Asylanten haben Krieg im Heimatland als Migrationsgründe angegeben. Aus diesen Ergebnissen lässt sich folgern, dass in der vorliegenden Querschnittsanalyse die Mehrheit der Asylanten aufgrund von sogenannten „push factors“ nach Deutschland gekommen ist, wohingegen die Mehrheit der Migranten aufgrund von „pull factors“ nach Deutschland migriert ist.

### Aufenthaltsdauer in Deutschland

Mit 67% der Asylanten hielten sich ca. 2/3 der Migranten seit 1-2 Jahren in Deutschland auf, während sich mit 78% der Migranten mehr als 3/4 der Migranten zum Zeitpunkt der Durchführung der Querschnittsanalyse seit mehr als 5 Jahren in Deutschland aufhielten.

Der Stress nach einer Migration ist ein begünstigender Faktor für den Ausbruch einer Depression [39, 40], zusammen mit Diskriminierungserfahrungen und kultureller Anpassung. Das Risiko einer Depression steigt hierbei mit der Dauer des Aufenthaltes. [41-43] Dabei kann der Stress von der Isolation, der Diskriminierung und der erfahrenen Feindseligkeit in Gesellschaften, welche die Migranten mit einer negativen Grundeinstellung empfangen, herrühren [21]. Man könnte vermuten, dass die Migranten diesen Postmigrationsstress nur eine gewisse Zeit lang kompensieren können. Dies könnte eine Erklärung dafür sein, warum sich die meisten Migranten, die sich in der vorliegenden Querschnittsanalyse in stationärer psychiatrischer Behandlung befanden, seit mehr als 5 Jahren in Deutschland aufhielten. Diese Vermutungen müssten jedoch mit einem differenzierteren Studiendesign untersucht werden.

Die vergleichsweise kurze Aufenthaltsdauer der Asylanten in Deutschland, bis zur stationären psychiatrischen Behandlung, könnte zum einen durch die erlebten traumatischen Ereignisse im Heimatland, die Strapazen während der Reise nach Deutschland sowie die Trennung von Familienmitgliedern und die damit verbundene enorme psychische Belastung erklärt werden. Zum anderen könnten die Gründe für die Einweisung in die Psychiatrie, mit psychogenen Anfällen und temporären Zuständen psychischer Instabilität, welche die Reaktion auf abgelehnte Asylbescheide oder Probleme in der Asylunterkunft waren, die frühere stationäre psychiatrische Behandlung im Vergleich zu Migranten erklären.

#### Deutschkenntnisse

Sowohl in einer Untersuchung in Japan [44], als auch in einer Arbeit in Großbritannien [45] wurde festgestellt, dass das Nichtbeherrschen der regionalen Sprache die Anpassung und das Leiden in einem fremden Land beeinflussen kann.

In der vorliegenden Querschnittsanalyse gaben mit 75% die meisten Asylanten an, mit Schwierigkeiten Deutsch zu sprechen und zu verstehen. Mit 77% stufte die meisten Migranten ihr Verstehen und Sprechen der deutschen Sprache als problemlos ein. Die sehr gute Bewertung der subjektiven Sprachkenntnisse der Migranten könnten jedoch durch die eng gefasste Skala mit nur drei Einstufungsmöglichkeiten (gar nicht – mit Schwierigkeiten – problemlos) bedingt gewesen sein. Eine mindestens 5-stufige Skala

oder eine Visuelle Analogskala hätten sich zur Erfassung der Deutschkenntnisse vermutlich eher geeignet.

#### **4.2.7 Krankheitsempfinden und Erwartungen an den Klinikaufenthalt der Patienten mit Migrationshintergrund**

Hinsichtlich des Krankheitsempfindens wurden die Patienten mit Migrationshintergrund zunächst nach ihren Beschwerden gefragt. Anschließend wurde geschaut bei welcher Diagnose welche Beschwerden wie häufig auftreten. Bezüglich der Erwartungen an den Klinikaufenthalt wurden die Patienten mit Migrationshintergrund nach ihrer Einstellung gegenüber der psychiatrischen Behandlung im Bezirkskrankenhaus Lohr, sowie ihrer Haltung hinsichtlich der verschiedenen Therapiemöglichkeiten gefragt.

##### Beschwerden und Vergleich mit Diagnose

In einer Studie von Sandhu et al. [22], die 2013 veröffentlicht wurde, wurden die Erfahrungen mit der Behandlung von Migranten im psychiatrischen Bereich in 16 europäischen Ländern untersucht. Dabei fanden die Autoren heraus, dass es Herausforderungen hinsichtlich des Stellens der richtigen Diagnose bei Patienten mit Migrationshintergrund gibt. Diese Herausforderungen sind durch Sprachbarrieren, unterschiedliche Glaubensvorstellungen, kulturelle Erwartungen sowie vorherigen traumatischen Erfahrungen bedingt.

In der vorliegenden Querschnittsanalyse sind die von den Patienten subjektiv angegeben Beschwerden hingegen relativ charakteristisch für die gestellten Diagnosen. Somit könnte man folgern, dass im Bezirkskrankenhaus Lohr die Diagnosen trotz der Diagnoseunschärfe von psychiatrischen Instrumenten, die in Bezug auf die verschiedenen Krankheitskonzepte speziell auf den europäischen sowie amerikanischen Raum abgestimmt sind und auf einer ethnozentrischen Sichtweise beruhen [46], passend gestellt wurden.

##### Erwartungen an den Klinikaufenthalt und Einstellung zu den Therapien

Mit 50% der Asylanten und 64% der Migranten gaben, in der vorliegenden Querschnittsanalyse, die Hälfte der Asylanten sowie die Mehrheit der Migranten an, dass sie denken, dass ihre Beschwerden im Bezirkskrankenhaus Lohr gelindert oder

geheilt werden können.

Diese Ergebnisse stimmen mit einer Untersuchung zu traumatisierten Migranten überein, in der herausgefunden wurde, dass die Untersuchungsteilnehmer glauben, dass ihr Leiden durch Ärzte gelindert werden kann [23].

Nur 14% der Migranten, aber immerhin 33% der Asylanten gaben an, dass sie glauben, dass ihre Beschwerden im Bezirkskrankenhaus Lohr nicht gelindert werden können. Dies könnte damit zusammenhängen, dass sie der Meinung sind, dass die Ursachen, wie beispielsweise abgelehnte Asylbescheide oder Probleme in der Asylunterkunft, die zu einer akuten Belastungsreaktion und folglich zur stationären Aufnahme in die Psychiatrie geführt haben, durch Ärzte und Therapeuten nicht gelöst werden können. Passend dazu gaben, in der vorliegenden Querschnittsanalyse, auf die Frage welche Therapie ihnen helfen könnte, 33% der Asylanten an, dass sie denken, dass ihnen keine Therapie hilft.

In der Untersuchung von Maier und Straub [23] zu traumatisierten Migranten wurde festgestellt, dass die meisten Untersuchungsteilnehmer keine klar definierten Erwartungen hinsichtlich der richtigen Behandlung hatten. Die Patienten wussten wenig über Psychotherapie und hatten oft negative Vorurteile. Sie glaubten aber, dass Medikamente ihnen helfen können.

In der vorliegenden Untersuchung stand ebenfalls, mit 67% der Asylanten und 68% der Migranten, die medikamentöse Therapie an erster Stelle der Therapien, durch die sich die Patienten eine Verbesserung ihrer Beschwerden erwarteten. An zweiter Stelle standen mit 50% der Asylanten und 60% der Migranten die Psychotherapie in Form von Einzelgesprächen.

#### Einstellung gegenüber psychiatrischen Medikamenten und Psychotherapie

Im Allgemeinen zeigten sich die Patienten reserviert gegenüber der Psychiatrie und der psychiatrischen Behandlung, weil sie dies als soziale Stigmatisierung ansahen [23].

Direkt nach ihrer Einstellung gegenüber psychiatrischen Medikamenten gefragt, gaben 50% der Asylanten aber nur 25% der Migranten an, dass ihre Einstellung gegenüber psychiatrischen Medikamenten sehr schlecht ist. 17% der Asylanten und 30% der Migranten stuften ihre Einstellung gegenüber psychiatrischen Medikamenten als sehr

gut an. Dahingegen gaben 50% der Asylanten und 47% der Migranten an, dass ihre Einstellung gegenüber Psychotherapie sehr gut sei. Die eher negative Haltung der Asylanten hinsichtlich psychiatrischer Medikamente könnte zum einen daran liegen, dass sie aufgrund von fehlender Sprachkompetenz nicht verstehen, für was die Medikamente gut sind. Zum anderen könnten sie der Ansicht sein, dass ihr durch einen akuten Auslöser bedingter Zustand psychischer Instabilität nicht durch Medikamente, sondern eher durch Gespräche und die Suche nach einer Lösung verbessert werden kann.

Vergleicht man, die Einstellung von Männern und Frauen hinsichtlich psychiatrischer Medikamente und Psychotherapie, so könnte man vermuten, dass Frauen tendenziell eine positivere Haltung gegenüber psychiatrischen Medikamenten und Psychotherapie haben als Männer. Während 34% der Männer ihre Einstellung gegenüber psychiatrischen Medikamenten als „sehr schlecht“ bezeichneten, gaben nur 14% der Frauen ihre Einstellung gegenüber psychiatrischen Medikamenten als „sehr schlecht“ an. 31% der Frauen und 27% der Männer stuften ihre Haltung gegenüber psychiatrischen Medikamenten als „sehr gut“, 21% der Frauen und 16% der Männer stuften sie als „eher gut“, ein. 72% der Frauen und im Vergleich dazu nur 36% der Männer bezeichneten ihre Einstellung gegenüber Psychotherapie als „sehr gut“. Nur 7% der Frauen, aber immerhin 28% der Männer stuften ihre Haltung gegenüber der Psychotherapie als „sehr schlecht“ ein.

Anhand dieser Ergebnisse könnte man vermuten, dass Männer eher dazu bereit sind Medikamente zu nehmen als die Hilfe durch Psychotherapie in Anspruch zu nehmen.

#### **4.2.8 Reflexion des Klinikaufenthaltes der Patienten mit Migrationshintergrund**

Hinsichtlich der Reflexion des Klinikaufenthaltes wurden in der Literatur keine vergleichsweise ähnlichen Untersuchungen gefunden.

##### Zustandsverbesserung und Zustandsbewertung

Die Entscheidungsfrage nach einer Zustandsverbesserung im Vergleich zu vor dem stationären Aufenthalt bejahten, in der vorliegenden Querschnittsanalyse, insgesamt 90% der Patienten mit Migrationshintergrund. Dabei gaben 63% der Asylanten und 43% der Migranten an „absolut“ zufrieden mit ihrem aktuellen Zustand zu sein. 13% der

Asylanten und 29% der Migranten gaben an „sehr“ zufrieden mit ihrem aktuellen Zustand zu sein. Besonders die hohe Zufriedenheit der Asylanten ist hier überraschend. So gaben zu Beginn des stationären Aufenthaltes 64% der Migranten und nur 50% der Asylanten an, dass sie glauben, dass ihre Beschwerden im Bezirkskrankenhaus Lohr gelindert oder geheilt werden können. 14% der Migranten und immerhin 33% der Asylanten gaben an, dass sie nicht glauben, dass ihre Beschwerden im Bezirkskrankenhaus Lohr gelindert oder geheilt werden können. Anhand dieser Ergebnisse könnte man die Behauptung aufstellen, dass sowohl die Migranten also auch, entgegen der Erwartungen, die Asylanten sehr von dem stationären Aufenthalt in der Psychiatrie profitiert haben.

#### Verbesserung der Beschwerden

Abgesehen von den Essstörungen, bei denen nur 35% der Patienten angaben, dass sie sich verbessert haben und den Gedächtnisstörungen, bei denen nur 50% der Patienten angaben, dass sie sich verbessert haben, haben sich alle anderen, zu Beginn des stationären Aufenthaltes angegebenen Beschwerden bei der Mehrheit der Patienten verbessert.

Von den 12 abgefragten Beschwerden gaben also bei 10 der Beschwerden mit einer Mehrheit von 53% bis 78% die meisten Patienten an, dass sich die Beschwerden verbessert haben. Dies spricht für eine hohe Erfolgsquote der in Lohr angewandten Therapien.

#### Beurteilung der Therapien

Diese hohe Erfolgsquote der in Lohr angewandten Therapien wird auch durch die Auswertung der Frage nach der Beurteilung der Therapien deutlich.

Auf die Frage welche Therapien am besten geholfen haben antworteten, in der vorliegenden Querschnittsanalyse, mit 63% bis 86% die Mehrheit der Migranten, dass ihnen mit der Sporttherapie bis hin zum Stationären Setting alle erhaltenen Therapien sehr gut geholfen haben. Mit 75% bis 100% gab auch die Mehrheit der Asylanten an, dass ihnen die erhaltenen Therapien sehr gut geholfen haben. Bei den Asylanten ist besonders auffällig, dass während zu Beginn des stationären Aufenthaltes nur 50% der Asylanten angaben, dass sie denken, dass ihnen Einzelgespräche helfen können, am

Ende des stationären Aufenthaltes 100% der Asylanten und damit alle Asylanten, die Einzelgespräche bekommen haben, angaben, dass diese ihnen geholfen haben.

#### Männliche oder weibliche Therapeuten und Religionsangebot

80% der Männer und 88% der Frauen, und damit sowohl die Mehrheit der Männer als auch die Mehrheit der Frauen, gaben bezüglich der Frage, ob sie es besser fanden von männlichen oder weiblichen Therapeuten behandelt zu werden an, dass sie keinen Unterschied zwischen den beiden Geschlechtern sahen. 18% der Männer und 8% der Frauen gaben an, dass sie weibliche Therapeuten bevorzugten. 2% der Männer und 4% der Frauen gaben an die Behandlung durch männliche Therapeuten bevorzugt zu haben. Diese Ergebnisse sind erstaunlich, da man eigentlich vermuten könnte, dass vor allem auf Grund der Religion und Kultur der Patienten mit Migrationshintergrund Frauen eher weibliche Therapeuten bevorzugen und gegenüber männlichen Therapeuten gehemmter sind sich zu öffnen und ihnen ihre Probleme anzuvertrauen. Während es den Männern eher unangenehm ist sich Frauen gegenüber schwach und verletzlich, besonders im Hinblick auf ihre psychische Verfassung, zu zeigen und ihre Rolle als das starke Geschlecht nicht zu erfüllen.

Eine mögliche Erklärung, für die in der vorliegenden Querschnittsanalyse gefundene Präferenz weiblicher Therapeuten, könnte sein, dass sowohl Frauen als auch Männer weibliche Therapeuten als empathischer empfinden und religiöse sowie kulturelle Aspekte während des stationären Aufenthaltes in der Psychiatrie nur zweitrangig sind.

Diese Zweitrangigkeit religiöser und kultureller Aspekte in der stationären psychiatrischen Behandlung könnte damit bestätigt werden, dass auf die Frage hinsichtlich des Wunsches nach einem speziellen Religions- oder Kulturangebot 97% der Patienten angaben sich kein spezielles Religions- oder Kulturangebot gewünscht zu haben.

#### Andere Patienten und Verbesserungsvorschläge

Auf die in der vorliegenden Querschnittsanalyse gestellte Frage, wie die Patienten mit Migrationshintergrund es fanden Zeit mit anderen Patienten zu verbringen und sich auszutauschen gaben 25% der Asylanten und im Vergleich dazu nur 3% der Migrantinnen

an, dass sie das Zusammensein mit anderen Patienten als belastend empfunden hätten. Diese vergleichsweise hohe Belastung der Asylanten könnte zum einen durch die fehlende Sprachkompetenz und dadurch bedingte Ausgrenzung und Isolierung bedingt sein. Zum anderen könnte auch die unterschiedliche Verteilung der Diagnosen und die damit einhergehende Schwere der psychiatrischen Erkrankung dazu geführt haben, dass sich die hauptsächlich aufgrund von akuten Belastungsreaktionen stationär aufgenommenen Asylanten eher unwohl unter Patienten, die beispielsweise aufgrund von akuten psychotischen Zuständen stationär aufgenommen wurden, gefühlt haben. Jedoch gaben immerhin 50% der Asylanten und 48% der Migranten an, dass sie das Zusammensein und den Austausch mit anderen Patienten als helfend empfunden hätten. Somit könnte man vermuten, dass der Austausch und die Gespräche mit anderen Mitpatienten entlastend sind und ebenfalls zur Verbesserung der eigenen Beschwerden beitragen.

Hinsichtlich der Frage nach Verbesserungsvorschlägen waren der Wunsch nach mehr Einzelgesprächen mit 10/36 Patienten sowie der Wunsch nach mehr Therapien insgesamt mit 8/36 Patienten, die beiden am häufigsten angegebenen Verbesserungsvorschläge. An dritter Stelle der Verbesserungsvorschläge stand mit jeweils 6/36 Patienten der Wunsch nach einer längeren stationären Aufenthaltsdauer sowie der Wunsch die sprachlichen Verständigungsprobleme zu verbessern.

An diesen Verbesserungsvorschlägen wird deutlich, dass zumindest ein Teil der im Bezirkskrankenhaus Lohr stationär aufgenommenen Patienten sehr motiviert ist von dem stationären Aufenthalt zu profitieren und möglichst viele Therapiemöglichkeiten, insbesondere psychologische Gespräche, wahrzunehmen.

Die Kommunikation ist das Hauptinstrument der Psychiatrie und Psychotherapie und gewährleistet, gegebenenfalls auch dolmetschergestützt, die Diagnostik und Behandlung [47, 48]. Aus diesem Grund sollte für alle Patienten im Bezirkskrankenhaus Lohr die Kommunikation gewährleistet werden.

### **4.3 Limitationen der Querschnittsanalyse, Empfehlungen und weiterer Forschungsbedarf**

Während in den folgenden ersten drei Punkten auf die Einschränkungen der vorliegenden Querschnittsanalyse eingegangen wird, werden im letzten Punkt die Ergebnisse der Querschnittsanalyse bezüglich der daraus resultierenden Empfehlungen für den klinischen Alltag und den weiteren Forschungsbedarf dargestellt.

#### **4.3.1 Definition Migrationshintergrund**

In der vorliegenden Querschnittsanalyse wurden Menschen mit Migrationshintergrund nach Stronks et al. [25, 26] folgendermaßen definiert: Entweder die Person selbst und mindestens ein Elternteil ist nicht in Deutschland geboren (erste Generation), oder beide Elternteile sind nicht in Deutschland geboren (zweite Generation). Das Statistische Bundesamt definiert Menschen mit Migrationshintergrund jedoch folgendermaßen: „Eine Person hat einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil die deutsche Staatsangehörigkeit nicht durch Geburt besitzt.“ [1] Demnach hätten nach der Definition des Statistischen Bundesamtes beispielsweise auch Personen, die in Deutschland als deutsche Staatsbürger geboren sind und deren Mutter als deutsche Staatsbürgerin in Deutschland geboren ist, deren Vater jedoch als türkischer Staatsbürger in der Türkei geboren ist, einen Migrationshintergrund. Diese Personen hätten nach der Definition von Stronks et al. jedoch keinen Migrationshintergrund, da entweder beide Elternteile nicht in Deutschland geboren sein dürfen, oder zumindest die Person selbst und mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren sein darf, um als Person mit Migrationshintergrund definiert zu werden.

Die enger gefasste Definition eines Migrationshintergrundes von Stronks et al. wurde aufgrund der Einfachheit und besseren Verständlichkeit für die Patienten mit Migrationshintergrund, die teilweise ohnehin sprachliche Verständigungsprobleme hatten, verwendet. Um einen Migrationshintergrund zu bestimmen wurden die Patienten gefragt, in welchem Land sie und in welchem Land ihr Vater und ihre Mutter geboren sind. Diese einfache Frage wurde von den Patienten mit Migrationshintergrund gut verstanden. Die in der vorliegenden Querschnittsanalyse verwendete

konservativere Definition eines Migrationshintergrundes muss jedoch bei den Vergleichen der vorliegenden Querschnittsanalyse mit anderen Untersuchungen, in welchen die Definition des Statistischen Bundesamt verwendet wurde oder in welchen nicht angegeben wurde, wie Menschen mit Migrationshintergrund definiert werden, berücksichtigt werden.

#### **4.3.2 Korrelationen**

Hinsichtlich des statistischen Vergleichs der Verteilung der Diagnosen zwischen Migranten, Asylanten und Nichtmigranten muss berücksichtigt werden, dass das Alter und das Geschlecht der Patienten mit der Häufigkeit der Diagnosen korrelieren könnten. Die Geschlechter- und Altersverteilung ist bei den jeweiligen Gruppen verschieden. Um eine mögliche Korrelation von Alter und Geschlecht bezüglich der Häufigkeit der Diagnosen ausschließen zu können, hätten aus den jeweiligen Stichproben, ähnlich wie in einer Studie von Glaesmer et al. [49] parallelisierte Zufallsstichproben nach Alter und Geschlecht gezogen werden müssen. Diese Parallelisierung hätte jedoch zu einer Verkleinerung der Stichproben geführt und wurde aus diesem Grund nicht vorgenommen. Auch weitere auf den ersten Blick nicht offensichtliche Korrelationen könnten die Häufigkeit der Diagnosen von Migranten, Asylanten und Nichtmigranten beeinflusst haben.

Hinsichtlich des statistischen Vergleichs der Häufigkeit der Diagnosen zwischen osteuropäischen und türkischen Patienten konnte eine mögliche Korrelation von Alter und Geschlecht bezüglich der Häufigkeit der Diagnosen durch eine übereinstimmende Geschlechterverteilung und einen statistisch nicht signifikanten Unterschied in der Altersverteilung weitestgehend ausgeschlossen werden. Jedoch könnten, ebenso wie bei dem Vergleich zwischen Migranten, Asylanten und Nichtmigranten, weitere, auf den ersten Blick nicht offensichtliche Korrelationen, die Häufigkeit der Diagnosen beeinflusst haben.

#### **4.3.3 Studienpopulation und Daten aus den Patientenfragebögen**

Die in der vorliegenden Querschnittsanalyse erfassten Daten zu den Lebensumständen der Patienten mit Migrationshintergrund, den Aspekten hinsichtlich der Integration sowie dem Krankheitsempfinden und den Erwartungen an den Klinikaufenthalt wurden

in Form eines Interviews zu Beginn des stationären Aufenthaltes mit Hilfe eines ersten Fragebogens abgefragt. Der Klinikaufenthalt wurde anhand eines zweiten Fragebogens, der, ebenfalls in Form eines Interviews, am Ende des stationären Aufenthaltes bearbeitet wurde, reflektiert.

#### Erhebungsmethodik

Um das Verstehen der in den Fragebögen gestellten Fragen zu gewährleisten, wurden die beiden Fragebögen, in Form eines Interviews bearbeitet. Dabei wurden den Patienten zunächst, die Fragen, wie in den Fragebögen formuliert, gestellt. Falls die Patienten angaben die Frage nicht verstanden zu haben oder der Eindruck entstand, dass die Frage nicht richtig aufgefasst wurde, wurde sie mit anderen Worten oder wenn möglich auf Englisch erklärt. Falls die Verständigung zu schlecht war, wurde, wenn vorhanden, ein Dolmetscher aus dem Pflegepersonal oder aus der Ärzteschaft hinzugezogen. Trotzdem ist es fraglich, ob die Patienten die Fragen aufgrund von sprachlichen Verständigungsproblemen sowie ihrer psychischen Verfassung immer richtig verstanden haben. Bei einigen Patienten wären die Antworten vermutlich aussagekräftiger, wenn die Fragen in ihrer Muttersprache gestellt worden wären. Außerdem gilt es bei der Bewertung der erhobenen Daten darauf zu achten, dass es sich um subjektive Angaben der Befragten handelt.

#### Selektionseffekte

Aufgrund der in Tabelle 15 auf Seite 37 und in Tabelle 16 auf Seite 54 aufgeführten Gründe wurde der erste Fragebogen von 93 der 151 Patienten mit Migrationshintergrund und der zweite Fragebogen von 71 der 93 Patienten, die den ersten Fragebogen bearbeiteten, bearbeitet. Es besteht die Vermutung, dass bei der Erhebung der Daten des ersten Fragebogens eine Selektion motivierter, der deutschen oder englischen Sprache mächtiger, geistig gesunden, nicht dementen Patienten vorliegt. Da die Bearbeitung der Fragebögen selbstverständlich auf freiwilliger Basis beruhte, bei Nicht-Vorhandensein eines Dolmetschers eine Mindestsprachkompetenz in Deutsch oder Englisch, sowie eine geistige Kompetenz erforderte, lässt sich diese Selektion kaum verhindern. Hinsichtlich der Erhebung der Daten des zweiten Fragebogens lässt sich eine Selektion regulär entlassener Patienten erkennen. Somit

könnte man die Behauptung aufstellen, dass nur Patienten, die den stationären Aufenthalt im Bezirkskrankenhaus Lohr regulär beendet haben und nicht Patienten, die beispielsweise vom Ausgang nicht auf die Station zurückgekommen sind, oder disziplinarisch entlassen wurden, den zweiten Fragebogen ausfüllten und damit letztendlich positivere Antworten das Resultat waren.

#### Repräsentativität der Stichprobe

Die stationären psychiatrischen Aufnahmen der Patienten mit Migrationshintergrund wurden nur über einen kurzen Zeitraum von 8 Wochen betrachtet. In dieser Zeit wurden 151 Patienten mit Migrationshintergrund aufgenommen. Von diesen 151 Patienten bearbeiteten 93 Patienten den ersten und 71 Patienten den zweiten, der für die Querschnittsanalyse entworfenen Fragebögen. Um die Ergebnisse der vorliegenden Querschnittsanalyse zu validieren wäre eine größere Studienpopulation und damit die Registrierung von stationären psychiatrischen Aufnahmen von Patienten mit Migrationshintergrund über einen längeren Zeitraum vorteilhaft. Außerdem wurde mit dem Bezirkskrankenhaus Lohr am Main, nur ein einziges Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin mit regionalem Versorgungsauftrag betrachtet. Um die Ergebnisse in der vorliegenden Querschnittsanalyse zu generalisieren und nicht nur auf eine Region zu beschränken wäre es notwendig, in verschiedenen Fachkrankhäusern, die in ganz Deutschland verteilt sind, die stationären psychiatrischen Aufnahmen von Patienten mit Migrationshintergrund zu erfassen.

#### **4.3.4 Empfehlungen und weiterer Forschungsbedarf**

Ein Ergebnis der vorliegenden Querschnittsanalyse ist, dass der Anteil der Migranten in stationär psychiatrischer Behandlung im Bezirkskrankenhaus Lohr in etwa dem Bevölkerungsanteil der Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland entspricht. In Übereinstimmung mit der Literatur [8] kann davon ausgegangen werden, dass inzwischen Menschen mit Migrationshintergrund entsprechend ihrem Bevölkerungsanteil stationär psychiatrisch behandelt werden. Während der Zugang zur stationär psychiatrischen Versorgung somit ausreichend gewährleistet wird, entstand der Eindruck, dass eine angemessene sprachliche Verständigung nicht immer

gewährleistet werden konnte. Da einige Migranten nicht über einen ausreichenden deutschen Wortschatz verfügen, um Begrifflichkeiten zu Gesundheit, Befinden, Körper sowie Sexualität angemessen benennen zu können [50], und die Sprachbarriere die offensichtlichste Hürde ist, die ein elementares Verstehen und Nachvollziehen der zu teil werdenden Behandlung verhindert [23], ist es von immenser Bedeutung die sprachliche Verständigung im stationär psychiatrischen Setting zu verbessern. Diese Verbesserung könnte zum einen durch den Einsatz von qualifizierten kulturspezifischen Dolmetschern erfolgen. Diese könnten jedoch nur geplant und nicht konstant eingesetzt werden. Aus diesem Grund wäre die Bildung multikultureller Behandlungsteams aus allen in der Psychotherapie und Psychiatrie arbeitenden Berufsgruppen unter bevorzugter Beschäftigung von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen mit Migrationshintergrund sowie zusätzlicher Sprachkompetenz nach den „12 Sonnenberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen in Deutschland“ [51] die wahrscheinlich bessere Lösung.

Es ist zu betonen, dass Migration nicht zwangsläufig zu einer psychischen Dekompensation führt [52]. Dennoch existieren im Zusammenhang mit der Migration besondere Belastungsfaktoren, soziodemografische, -kulturelle und ökonomische Merkmale, welche die Entwicklung sowie den Verlauf psychischer Erkrankungen beeinflussen können. [53]

Hinsichtlich des Vergleichs der Häufigkeit der verschiedenen psychiatrischen Diagnosen ließ sich in der vorliegenden Querschnittsanalyse zeigen, dass es durchaus signifikante Unterschiede bezüglich der Häufigkeiten der verschiedenen psychiatrischen Diagnosen zwischen Migranten, Asylanten und Nichtmigranten wie auch zwischen osteuropäischen und türkischen Patienten gibt. Inwiefern und wie stark Migration, Herkunft und Kultur die körperlichen und emotionalen Reaktionen auf psychosoziale Belastungen und auf die Bewältigungsmechanismen von Konflikten beeinflussen, müsste jedoch in differenzierteren Studien genauer untersucht werden.

Ein weiteres wichtiges Ergebnis der vorliegenden Querschnittsanalyse ist, dass die mit Abstand meisten Asylanten, die sich in stationär psychiatrischer Behandlung befanden, afghanische Asylanten waren und sich nur sehr wenige syrische Asylanten in stationär

psychiatrischer Behandlung befanden, obwohl 2016 etwa 140.000 Asylersanträge mehr von syrischen als von afghanischen Asylanten gestellt wurden. Die in der vorliegenden Querschnittsanalyse aufgestellte Vermutung, dass es einen Zusammenhang zwischen der prozentual viel höheren Ablehnungsrate von Asylersanträgen afghanischer Asylsuchender, im Vergleich zur viel geringeren Ablehnungsrate syrischer Asylersanträgen, und der hohen Anzahl afghanischer Asylanten, im Vergleich zu viel weniger syrischen Asylanten, in stationär psychiatrischer Behandlung gibt, müsste in weiteren Studien mit höheren Fallzahlen genauer betrachtet werden. In diesen Studien könnten dann auch die Gründe und Vorfälle, die zur stationären Einweisung in die Psychiatrie geführt haben, genauer untersucht werden. Auch in der Literatur wird darauf hingewiesen, dass es wichtig ist, sich nicht nur der psychischen Probleme, sondern auch der aktuellen Belastungen der Asylanten bewusst zu sein, da die Gefahr besteht, dass die psychischen Probleme von Asylanten vor allem auf individueller Ebene betrachtet werden und die sozialen, ökonomischen und politischen Hintergründe, im Rahmen derer die psychischen Probleme auftreten, außer Acht gelassen werden [54].

Wie auch in der vorliegenden Querschnittsanalyse, in der 97% der befragten Patienten mit Migrationshintergrund angaben, dass sie sich kein spezielles Religions- oder Kulturangebot gewünscht hätten, deutlich wird, sollten generell im Umgang mit Migranten eine Kulturalisierung und eine damit einhergehende Stereotypisierung durch Überbetonung des Kulturellen vermieden werden, weil sonst Stigmatisierung und Ausgrenzung gefördert werden [55]. Vielmehr sollte auf die sozialen und ökonomischen Hintergründe der Patienten mit Migrationshintergrund eingegangen werden und eine Verbesserung dieser, beispielsweise durch Gespräche und Hilfe von Sozialarbeitern, angestrebt werden.

Denn eine transkulturelle Psychiatrie sollte eine soziale Psychiatrie sein, welche alle Bereiche des Lebensalltags der Patienten und Patientinnen berücksichtigt und sich nicht einseitig am Vorverständnis und an negativen, wie auch positiven, Vorurteilen gegenüber der „anderen Kultur“ festhalten darf. [56]

## 5. Zusammenfassung

Es existieren verschiedene Studien hinsichtlich der psychischen Gesundheit, der Lebensumstände, der Aspekte bezüglich der Migration oder des Krankheitsempfindens von Patienten mit Migrationshintergrund. Es gibt jedoch keine Studie mit vergleichbarem Umfang in der all diese Aspekte zusammen betrachtet werden. Hinsichtlich der Reflexion des Klinikaufenthaltes von Patienten mit Migrationshintergrund wurde keine andere Untersuchung gefunden. Ziel der vorliegenden Querschnittsanalyse ist es zu einem besseren Verständnis der Risikofaktoren für die psychiatrischen Erkrankungen von Patienten mit Migrationshintergrund und den Erfolg der stationären psychiatrischen Behandlung beizutragen. Dafür wurde zum einen, die psychische Gesundheit von Migranten und Asylanten, die sich in stationär psychiatrischer Behandlung in einem Bezirkskrankenhaus befanden untersucht und mit der psychischen Gesundheit von Nichtmigranten verglichen. Zum anderen wurden Menschen mit Migrationshintergrund, die sich in stationär psychiatrischer Behandlung befanden, hinsichtlich ihrer Herkunftsländer und ihrer Lebensumstände charakterisiert sowie Aspekte hinsichtlich der Integration, das Krankheitsempfinden und die Erwartungen an die Therapie erfasst. Außerdem wurde der stationäre Aufenthalt reflektiert.

Im Rahmen der Querschnittsanalyse wurden die Unterschiede bezüglich der psychischen Gesundheit von Migranten, Asylanten und Nichtmigranten mit Hilfe der Daten aus der elektronischen Patientenakte aller Patienten, die innerhalb eines definierten Zeitraumes von 8 Wochen stationär aufgenommen wurden, erfasst und mithilfe statistischer Tests verglichen. Die Charakterisierung der Patienten mit Migrationshintergrund erfolgte durch die Auswertung zweier aufeinander aufbauender, selbst entworfener, im Rahmen des Qualitätsmanagements eingesetzter Fragebögen. Diese wurden in Form eines Interviews auf Englisch oder Deutsch oder wenn nötig und vorhanden mit einem Dolmetscher aus dem Pflegepersonal und der Ärzteschaft von Patienten mit Migrationshintergrund, zu Beginn und am Ende des stationären Aufenthaltes, bearbeitet. Die Ergebnisse der beiden Fragebögen wurden deskriptiv dargestellt.

Der Anteil der Migranten, die sich in stationär psychiatrischer Behandlung im Bezirkskrankenhaus Lohr befanden entspricht in etwa dem Bevölkerungsanteil der Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Es ergaben sich Unterschiede bezüglich der Häufigkeit der Diagnosen zwischen Migranten, Asylanten und Nichtmigranten sowie zwischen osteuropäischen und türkischen Patienten. Die mit Abstand meisten Asylanten, die sich in stationär psychiatrischer Behandlung befanden, waren afghanischer Herkunft. Der sozioökonomische Status der Patienten mit Migrationshintergrund und die soziale Unterstützung, vor allem der männlichen Patienten, war eher gering. Während mehr als 3/4 der Migranten, die hauptsächlich aufgrund von „pull-factors“ nach Deutschland migriert sind, seit mehr als 5 Jahren in Deutschland lebten, gaben etwa 2/3 der Asylanten, die hauptsächlich aufgrund von „push-factors“ nach Deutschland gekommen sind, an erst seit 1-2 Jahren in Deutschland zu leben. Es zeigten sich Unterschiede bezüglich der Einstellung gegenüber psychiatrischen Medikamenten und Psychotherapie sowohl zwischen Migranten und Asylanten als auch zwischen Männern und Frauen. 90% der Patienten mit Migrationshintergrund gaben an, dass sich ihr Zustand im Vergleich zu vor dem stationären Aufenthalt verbessert hat. Explizit danach gefragt, ob sie sich während des stationären Aufenthaltes ein spezielles Religions- oder Kulturangebot gewünscht hätten, antworteten 97% der Patienten mit Migrationshintergrund mit „Nein“.

Es scheint, dass religiöse sowie kulturelle Aspekte während eines stationären psychiatrischen Aufenthaltes zweitrangig sind. Eine Überbetonung des Kulturellen sollte daher unbedingt vermieden werden. Vielmehr sollte vor allem mehr auf die sozialen und ökonomischen Hintergründe der Patienten mit Migrationshintergrund eingegangen werden und eine Verbesserung dieser sowie eine Verbesserung der sprachlichen Kommunikation im stationären Setting angestrebt werden. Inwiefern und wie stark Migration, Herkunft und Kultur die körperlichen und emotionalen Reaktionen auf psychosoziale Belastungen und Konfliktbewältigungsmechanismen beeinflussen und die Unterschiede zwischen den Häufigkeiten der psychiatrischen Diagnosen von Migranten, Asylanten und Nichtmigranten sowie zwischen osteuropäischen und türkischen Patienten bedingen, wie auch die Gründe für die hohe Anzahl an afghanischen

Asylanten in stationär psychiatrischer Behandlung im Vergleich zu Asylanten aus anderen Herkunftsländern, müsste in differenzierteren Studien genauer untersucht werden.

## 6. Literaturverzeichnis

1. *Migrationsbericht 2015. Zentrale Ergebnisse.* 2016, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF).
2. *Das Bundesamt in Zahlen 2016. Asyl, Migration und Integration.* 2017, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF).
3. Lee, J.J., J. Helke, and F. Laczko, *World migration report 2015.* 2015: International Organization for Migration.
4. United Nations: Population Division, *Trends In International Migrant Stock: The 2017 Revision.* UN, 2017.
5. Mindlis, I. and P. Boffetta, *Mood disorders in first-and second-generation immigrants: systematic review and meta-analysis.* The British Journal of Psychiatry, 2017. **210**(3): p. 182-189.
6. Holzmann, T.H., et al., *Ausländische Patienten in stationärer Behandlung in einer psychiatrischen Universitätsklinik mit Versorgungsauftrag.* Psychiatrische Praxis, 1994. **21**(3): p. 106-108.
7. Wolfersdorf, M., W. Durant, and S. Hösch, *Psychisch kranke Ausländer als Patienten im psychiatrischen Fachkrankenhaus.* Psycho, 1999. **25**: p. 82-95.
8. Koch, E., et al., *Patienten mit Migrationshintergrund in stationär-psychiatrischen Einrichtungen.* Der Nervenarzt, 2008. **79**(3): p. 328-339.
9. Cochrane, R. and M. Howell, *Drinking patterns of black and white men in the West Midlands.* Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 1995. **30**(3): p. 139-146.
10. Haasen, C., et al., *Psychosoziale Aspekte der Sucht bei Migranten.* Suchttherapie, 2001. **2**(03): p. 161-166.
11. Selten, J.-P., E. Cantor-Graae, and R.S. Kahn, *Migration and schizophrenia.* Current opinion in psychiatry, 2007. **20**(2): p. 111-115.
12. Cantor-Graae, E. and J.-P. Selten, *Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review.* American Journal of Psychiatry, 2005. **162**(1): p. 12-24.

13. Fazel, M., J. Wheeler, and J. Danesh, *Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review*. The Lancet, 2005. **365**(9467): p. 1309-1314.
14. Kawachi, I. and L.F. Berkman, *Social ties and mental health*. Journal of Urban Health, 2001. **78**(3): p. 458-467.
15. Seeman, T.E., *Social ties and health: The benefits of social integration*. Annals of epidemiology, 1996. **6**(5): p. 442-451.
16. Berkman, L.F., et al., *Social integration and mortality: a prospective study of French employees of Electricity of France–Gas of France: the GAZEL Cohort*. American journal of epidemiology, 2004. **159**(2): p. 167-174.
17. Cacioppo, J.T., et al., *Loneliness and health: Potential mechanisms*. Psychosomatic Medicine, 2002. **64**(3): p. 407-417.
18. Walen, H.R. and M.E. Lachman, *Social support and strain from partner, family, and friends: Costs and benefits for men and women in adulthood*. Journal of Social and Personal Relationships, 2000. **17**(1): p. 5-30.
19. Leão, T.S., et al., *Incidence of schizophrenia or other psychoses in first-and second-generation immigrants: a national cohort study*. The Journal of nervous and mental disease, 2006. **194**(1): p. 27-33.
20. Rack, P., *Race, Culture and Mental Disorder* 1982, Tavistock Publications: London.
21. Schwartz, S.J., et al., *Perceived context of reception among recent Hispanic immigrants: Conceptualization, instrument development, and preliminary validation*. Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 2014. **20**(1): p. 1-15.
22. Sandhu, S., et al., *Experiences with treating immigrants: a qualitative study in mental health services across 16 European countries*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2013. **48**(1): p. 105-116.
23. Maier, T. and M. Straub, *"My head is like a bag full of rubbish": concepts of illness and treatment expectations in traumatized migrants*. Qual Health Res, 2011. **21**(2): p. 233-248.
24. Penka, S., et al., *Interkulturelle Aspekte der Interaktion und Kommunikation im psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlungssetting*.

- Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 2012. **55**(9): p. 1168-1175.
25. Stronks, K., I. Kulu-Glasgow, and C. Agyemang, *The utility of 'country of birth' for the classification of ethnic groups in health research: the Dutch experience*. *Ethnicity & health*, 2009. **14**(3): p. 255-269.
  26. Stronks, K., et al., *Unravelling the impact of ethnicity on health in Europe: the HELIUS study*. *BMC Public Health*, 2013. **13**: p. 402.
  27. Backhaus, K., *Multivariate Analysemethoden eine anwendungsorientierte Einführung*. 10., neubearb. und erw. Aufl. ed. Springer-Lehrbuch. 2003, Berlin: Springer. p. 255-256.
  28. *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Ergebnisse des Mikrozensus 2005.*, in *Fachserie 1 Reihe 2.2*. 2006, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
  29. Philippi, R., *Drogenkriminalität und Gefährdungspotential*, in *Drogen und Migration: Dokumentation der Anhörung am 4. März 1996 zur Situation Drogenabhängiger und -gefährdeter junger Menschen ausländischer Herkunft in Frankfurt a.M.* 1996, Kommunale Ausländerinnen- und Ausländervertretung (KAV) der Stadt Frankfurt am Main: Bonn. p. 67-72.
  30. Goldmann, W., *Erschreckend hoch*. Psychosozialer Arbeitskreis Migration im Projekt Gesunde Stadt Essen: Drogenkonsum–Fakten, Hintergründe, Prävention, Ausblicke – 3. Veranstaltung der Reihe Migration und Justiz. Essen, 1996: p. 7.
  31. Marinovic, P., *Streetwork in der offenen Drogenszene mit nichtdeutschen KonsumentInnen*, in *Sucht und Migration*. 1997, Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg. p. 17-20.
  32. Haasen, C., et al., *Erhöhte Schizophrenierate bei türkischen Migranten: Hinweise für Fehldiagnosen*. *Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland*. VWB, Berlin, 2000: p. 297-306.
  33. Bund, E., M. Kohls, and C.B. von Gostomski, *(Spät-) Aussiedler in Deutschland: eine Analyse aktueller Daten und Forschungsergebnisse*. 2013: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
  34. Statistisches Bundesamt. *Anzahl der Ausländer in Deutschland nach Herkunftsland in den Jahren 2016 und 2017*. [cited 2017 15.09.]; Available

from: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1221/umfrage/anzahl-der-auslaender-in-deutschland-nach-herkunftsland/>.

35. Abbott, A., *The mental-health crisis among migrants*. Nature, 2016. **538**(7624): p. 158-160.
36. Keskimäki, I., M. Salinto, and S. Aro, *Socioeconomic equity in Finnish hospital care in relation to need*. Social Science & Medicine, 1995. **41**(3): p. 425-431.
37. Lorant, V., et al., *Socio-economic differences in psychiatric in-patient care*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2003. **107**(3): p. 170-177.
38. Bhugra, D., *Migration and mental health*. Acta psychiatrica scandinavica, 2004. **109**(4): p. 243-258.
39. Thapa, S.B., et al., *Psychological distress among immigrants from high- and low-income countries: Findings from the Oslo Health Study*. Nordic Journal of Psychiatry, 2007. **61**(6): p. 459-465.
40. Ryan, L., et al., *Depression in Irish migrants living in London: case-control study*. The British Journal of Psychiatry, 2006. **188**(6): p. 560-566.
41. Haasen, C., C. Demiralay, and J. Reimer, *Acculturation and mental distress among Russian and Iranian migrants in Germany*. European Psychiatry, 2008. **23**: p. 10-13.
42. Han, H.-R., et al., *Correlates of depression in the Korean American elderly: Focusing on personal resources of social support*. Journal of cross-cultural gerontology, 2007. **22**(1): p. 115-127.
43. Miller, A.M., et al., *Acculturation, social alienation, and depressed mood in midlife women from the former Soviet Union*. Research in Nursing & Health, 2006. **29**(2): p. 134-146.
44. Akiyama, T., *Onset study of English-speaking temporary residents in Japan*. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 1996. **31**(3-4): p. 194-198.
45. Husain, N., F. Creed, and B. Tomenson, *Adverse social circumstances and depression in people of Pakistani origin in the UK*. The British Journal of Psychiatry, 1997. **171**(5): p. 434-438.
46. Machleidt, W., *Die Sonnenberger Leitlinien—Transkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland*. Sonnenberger Leitlinien. Integration von

- Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie. Erfahrungen und Konzepte in Deutschland und Europa. VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin, 2006: p. 21-35.
47. Bhugra, D., et al., *EPA guidance mental health care of migrants*. Eur Psychiatry, 2014. **29**(2): p. 107-115.
  48. Schouler-Ocak, M., et al., *EPA guidance on cultural competence training*. European Psychiatry, 2015. **30**(3): p. 431-440.
  49. Glaesmer, H., et al., *Sind Migranten häufiger von psychischen Störungen betroffen?* Psychiatrische Praxis, 2009. **36**(01): p. 16-22.
  50. Razum, O., et al., *Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung*. 2008.
  51. Machleidt, W., *Die 12 Sonnenberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen in Deutschland*. Der Nervenarzt, 2002. **73**(12): p. 1208-1212.
  52. Erim, Y. and E. Morawa, *Psychotherapie mit Migranten und traumatisierten Geflüchteten*. Psychother Psych Med, 2016. **66**(09/10): p. 397-409.
  53. Schenk, L., *Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien*. International Journal of Public Health, 2007. **52**(2): p. 87-96.
  54. Laban, C.J., et al., *The impact of a long asylum procedure on quality of life, disability and physical health in Iraqi asylum seekers in the Netherlands*. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 2008. **43**(7): p. 507.
  55. Kleinman, A., *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. 1988, New York: Basic books.
  56. Seidel, R., *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und psychische Gesundheit*, ed. W. Machleidt, A. Heinz, and S. Dangl. 2011, München: Urban & Fischer. 161-170.

## 7. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gruppierung der internen Stationen in Fachbereiche .....	13
Tabelle 2: Gruppierung der ICD-10-Diagnosen .....	13
Tabelle 3: Alter der Patienten in Gruppen.....	14
Tabelle 4: stationäre Aufenthaltsdauer der Patienten - gruppiert .....	14
Tabelle 5: Gruppierung der errechneten VAS-Werte.....	14
Tabelle 6: Migrationsalter - gruppiert .....	15
Tabelle 7: Aufenthaltsdauer in Deutschland - gruppiert.....	15
Tabelle 8: Vergleich der Diagnosen-Verteilung zwischen Migranten, Asylanten und Nichtmigranten .....	22
Tabelle 9: Geschlechter-Vergleich zwischen Migranten, Asylanten und Nichtmigranten .....	26
Tabelle 10: Vergleich Mittelwerte Alter Migranten, Asylanten und Nichtmigranten ...	28
Tabelle 11: Vergleich Mittelwerte stationäre Aufenthaltsdauer Migranten, Asylanten und Nichtmigranten .....	31
Tabelle 12: Geburtsländer der Eltern der in Deutschland geborenen Patienten mit Migrationshintergrund .....	33
Tabelle 13: Vergleich der Diagnosen-Verteilung zwischen osteuropäischen und türkischen Patienten .....	33
Tabelle 14: Vergleich Mittelwerte Alter osteuropäische und türkische Patienten .....	37
Tabelle 15: Gründe für die Nichtbefragung der Patienten mit Migrationshintergrund	37
Tabelle 16: Gründe für die Nichtbefragung durch den 2. Fragebogen .....	54

## 8. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Visuelle Analogskala.....	14
Abbildung 2: stationäre Aufnahmen innerhalb von 8 Wochen .....	17
Abbildung 3: Entlass-Stationen der Migranten (125 Patienten).....	19
Abbildung 4: Entlass-Stationen der Asylanten (26 Patienten).....	19
Abbildung 5: Entlass-Stationen der Nichtmigranten (613 Patienten).....	19
Abbildung 6: Entlass-Diagnosen der Migranten (125 Patienten) .....	21
Abbildung 7: Entlass-Diagnosen der Asylanten (26 Patienten) .....	21
Abbildung 8: Entlass-Diagnosen der Nichtmigranten (613 Patienten) .....	21
Abbildung 9: F0-er Diagnosen.....	22
Abbildung 10: F1-er Diagnosen.....	23
Abbildung 11: F2-er Diagnosen.....	23
Abbildung 12: F3-er Diagnosen.....	24
Abbildung 13: F4-er Diagnosen.....	25
Abbildung 14: F7-er Diagnosen.....	25
Abbildung 15: Geschlecht Migranten (125 Patienten).....	26
Abbildung 16: Geschlecht Asylanten (26 Patienten).....	26
Abbildung 17: Geschlecht Nichtmigranten (613 Patienten).....	26
Abbildung 18: Geschlecht .....	27
Abbildung 19: gruppiertes Alter Migranten (125 Patienten) .....	28
Abbildung 20: gruppiertes Alter Asylanten (26 Patienten) .....	28
Abbildung 21: gruppiertes Alter Nichtmigranten (613 Patienten) .....	28
Abbildung 22: Mittelwerte Alter .....	29
Abbildung 23: gruppierte stationäre Aufenthaltsdauer Migranten (125 Patienten) ....	30
Abbildung 24: gruppierte stationäre Aufenthaltsdauer Asylanten (26 Patienten) .....	30
Abbildung 25: gruppierte stationäre Aufenthaltsdauer Nichtmigranten (613 Patienten) .....	30
Abbildung 26: Mittelwerte stationäre Aufenthaltsdauer.....	31
Abbildung 27: Geburtsländer der Patienten mit Migrationshintergrund .....	32

Abbildung 28: F0-er Diagnosen.....	34
Abbildung 29: F1-er Diagnosen.....	34
Abbildung 30: F2-er Diagnosen.....	35
Abbildung 31: F3-er Diagnosen.....	35
Abbildung 32: F4-er Diagnosen.....	36
Abbildung 33: Geschlecht osteuropäische und türkische Patienten .....	36
Abbildung 34: Mittelwerte Alter .....	37
Abbildung 35: Zusammensetzung der 93 Patienten, die den 1. Fragebogen bearbeiteten .....	38
Abbildung 36: schweres Trauma oder sehr belastendes Ereignis in der Vergangenheit	39
Abbildung 37: aktuelles Leiden unter traumatischem Ereignis in der Vergangenheit ..	40
Abbildung 38: Zufriedenheit mit aktueller Lebenssituation.....	40
Abbildung 39: größte Stressfaktoren .....	41
Abbildung 40: feste Partnerschaft .....	42
Abbildung 41: Wohnsituation .....	42
Abbildung 42: Herkunft der Hilfe bei der Bewältigung von Problemen .....	43
Abbildung 43: berufliche Situation.....	44
Abbildung 44: Finanzierung des Lebensunterhaltes .....	45
Abbildung 45: Migrationsalter .....	46
Abbildung 46: Migrationsgründe .....	47
Abbildung 47: Aufenthaltsdauer in Deutschland.....	47
Abbildung 48: Verstehen und Sprechen der deutschen Sprache .....	48
Abbildung 49: Kombination Diagnose und subjektive Beschwerden .....	49
Abbildung 50: Beschwerden im Bezirkskrankenhaus Lohr lindern/heilen.....	51
Abbildung 51: Therapien, die helfen .....	52
Abbildung 52: Einstellung gegenüber psychiatrischen Medikamenten.....	52
Abbildung 53: Einstellung gegenüber Psychotherapie.....	53
Abbildung 54: Einstellung gegenüber psychiatrischen Medikamenten.....	53
Abbildung 55: Einstellung gegenüber Psychotherapie.....	54

Abbildung 56: Zusammensetzung der 71 Patienten, die den 2. Fragebogen bearbeiteten .....	55
Abbildung 57: Zufriedenheit mit aktuellem Zustand .....	56
Abbildung 58: Beurteilung der Beschwerden .....	57
Abbildung 59: Beurteilung der Therapien .....	57
Abbildung 60: Therapien, die geholfen haben .....	58
Abbildung 61: Bevorzugung von männlichen oder weiblichen Therapeuten .....	59
Abbildung 62: Wunsch nach einem speziellen Religions- oder Kulturangebot.....	59
Abbildung 63: Beurteilung des Zusammenseins mit anderen Patienten.....	60
Abbildung 64: Verbesserungsvorschläge.....	60

## 9. Anhang

## 9.1 Unbedenklichkeitsbescheinigung der Ethik-Kommission



Ethik-Kommission • Versbacher Str. 9 • 97078 Würzburg

Prof. Dr. med. Dominikus Bönsch  
Krankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und  
Psychosomatische Medizin  
Am Sommerberg  
97816 Lohr am Main

Bezirkskrankenhaus AD K.g. Lohr am Main		VL K.g.
Nr.	20. Juni 2018	Bitte Rück- sprache
Empfänger im Hause:		KHV

**Ethik-Kommission**  
Institut für Pharmakologie und Toxikologie  
Versbacher Str. 9  
97078 Würzburg

Vorsitzende: Prof. Dr. E.-B. Bröcker  
Geschäftsführer: K. Reith, Ass. Jur.  
Dr. R. Wölfel  
Sekretariat: S. Schmidt, A. Meister  
Telefon 0049 (0)931 31 48315  
Telefax 0049 (0)931 31 87520  
ethikkommission@uni-wuerzburg.de

Würzburg, 19.06.2018/sc

bei Schriftwechsel bitte angeben: **20180222 01**

Unbedenklichkeitsbescheinigung - retrospektive Datenauswertung

Projekt: Patienten mit Migrationshintergrund in einem Bezirkskrankenhaus - eine klinische Querschnittsanalyse

Sehr geehrter Prof. Bönsch,

zu Ihrer Anfrage vom 22.02.2018 zur retrospektiven Auswertung von Patienten- oder Untersuchungsdaten und deren Verwendung in Promotionsarbeiten oder in Publikationen nimmt die Ethik-Kommission wie folgt Stellung:

Grundsätzlich gilt bei einer Auswertung von bereits vorhandenen, klinikinternen Routinedaten bzw. Daten von individuellen Heilversuchen, dass keine Beratung durch die oder eine Antragstellung bei der Ethik-Kommission nach geltendem Recht erforderlich ist.

Auf der Grundlage der vorliegenden Informationen bestehen keine grundsätzlichen ethischen oder rechtlichen Bedenken gegen die Auswertung der angeführten Daten.

Es obliegt dem verantwortlichen Untersucher dafür Sorge zu tragen, dass lediglich Daten in die Auswertung einfließen, die unter Beachtung einschlägiger rechtlicher Vorgaben als auch berufsethischer Aspekte generiert wurden und dass geltende Datenschutzbestimmungen eingehalten werden.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Eva-Bettina Bröcker  
Seniorprofessorin  
Vorsitzende der Ethik-Kommission

Ausgefertigt im Auftrag

  
Ass. jur. Katharina Reith  
Geschäftsführerin der Ethik-Kommission

## 9.2 1. Fragebogen

BEZIRK  
UNTERFRANKEN



Krankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin  
Am Sommerberg ■ 97816 Lohr a. Main

**KRANKENHAUS FÜR PSYCHIATRIE,  
PSYCHOTHERAPIE UND  
PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN  
LOHR A. MAIN**

Am Sommerberg  
97816 Lohr a. Main

**Ärztlicher Direktor**

Prof. Dr. Dominikus Bönsch  
Telefon: (09352) 503 – 30001  
Telefax: (09352) 503 – 30000  
E-Mail: dominikus.boensch@bezirkskrankenhaus-lohr.de  
www.bezirkskrankenhaus-lohr.de

Ihr Zeichen/Ihre Nachricht vom: Unser Zeichen: Auskunft erteilt: Durchwahl 09352 / 503- Lohr a. Main, den

### Fragebogen 1

1. Name: \_\_\_\_\_
  2. Geschlecht: männlich:  weiblich:
  3. Geburtsdatum: \_\_\_\_\_
  4. Geburtsort/Land: \_\_\_\_\_
  5. Staatszugehörigkeit (Pass): Deutschland   
Europa (außer Deutschland)  \_\_\_\_\_  
Andere  \_\_\_\_\_
- Wenn Sie keine deutsche Staatsangehörigkeit haben, haben Sie eine dauerhafte Aufenthaltserlaubnis für Deutschland?
- Ja  Nein
- Wenn Nein, droht die Abschiebung?
- Ja  Nein
6. Religionszugehörigkeit: Keine   
Christliche Religion   
Islam   
Judentum   
Andere  \_\_\_\_\_

Bankverbindung: Sparkasse Mainfranken Würzburg (BLZ 790 500 00), Kto. 42 279 711  
Ust.-IdNr. DE 134187737 Ust-Nr. 257/114/00225 Finanzamt Würzburg

BKH-55-FB-22

www.bezirkskrankenhaus-lohr.de



7. Geburtsland Vater: \_\_\_\_\_

8. Geburtsland Mutter: \_\_\_\_\_

9. Wie wohl fühlen Sie sich in Deutschland?



10. In welcher Sprache sprechen Sie mit Ihren Eltern?

Deutsch

Englisch

Spanisch

Russisch

Arabisch

Türkisch

Andere  \_\_\_\_\_

11. In welchem Alter sind Sie nach Deutschland gekommen?

hier geboren

≤ 6 Jahre

≤ 12 Jahre

≤ 18 Jahre

> 18 Jahre

12. Wie gut sprechen Sie Deutsch?

Problemlos

Mit Schwierigkeiten

Gar nicht

13. Wie sehr haben Sie sich an die deutsche Kultur angepasst?



gar  
nicht



sehr

14. Seit wann fühlen Sie sich krank? \_\_\_\_\_

15. Befanden Sie sich schon einmal in psychiatrischer Behandlung?

ja:  nein:

16. Sind Sie freiwillig in die Psychiatrie gekommen?

ja:  nein  (nein = mit der Polizei bzw. mit einem Unterbringungsbeschluss)

Wenn Sie freiwillig da sind, wer hat entschieden, dass Sie in die Psychiatrie gehen?

- |        |                          |                         |                          |
|--------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Selbst | <input type="checkbox"/> | Familie / Freunde       | <input type="checkbox"/> |
|        |                          | Hausarzt                | <input type="checkbox"/> |
|        |                          | Notarzt                 | <input type="checkbox"/> |
|        |                          | Psychiater / Psychologe | <input type="checkbox"/> |
|        |                          | Andere                  | <input type="checkbox"/> |
- \_\_\_\_\_

17. Aufgrund welcher Beschwerden sind Sie aktuell stationär hier?

- |                    |                          |                          |                          |           |                          |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|
| Angst              | <input type="checkbox"/> | Schlafstörungen          | <input type="checkbox"/> | Unruhe    | <input type="checkbox"/> |
| Antriebsmangel     | <input type="checkbox"/> | Essstörungen             | <input type="checkbox"/> | Schmerzen | <input type="checkbox"/> |
| Traurigkeit        | <input type="checkbox"/> | Verwirrtheit             | <input type="checkbox"/> |           |                          |
| Selbstmordgedanken | <input type="checkbox"/> | Gedächtnisstörungen      | <input type="checkbox"/> |           |                          |
| Drogenkonsum       | <input type="checkbox"/> | Vermehrter Alkoholkonsum | <input type="checkbox"/> |           |                          |

Sonstiges: \_\_\_\_\_

18. Wie sehr leiden Sie unter diesen Beschwerden?

Gar nicht  sehr

19. Denken Sie, wir können Ihre Beschwerden lindern/heilen?

ja:  nein:  vielleicht:

Wenn ja oder vielleicht, welche Behandlung kann Ihnen helfen?

- Medikamente
- Gespräche: Einzelgespräche  Gruppengespräche
- Sporttherapie:
- Komplementäre Therapien und Ergotherapien

Sonstiges: \_\_\_\_\_

20. Wie ist Ihre Einstellung gegenüber psychiatrischen Medikamenten?

    
negativ positiv

21. Wie ist ihre Einstellung gegenüber Psychotherapie?

    
negativ positiv

22. Gab es in Ihrer Vergangenheit ein schweres Trauma oder sehr belastendes Ereignis?

ja:  nein:

Wenn ja, wie sehr belastet Sie dieses Ereignis aktuell?

gar nicht  sehr

23. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer aktuellen Lebenssituation?

24. Was sind die größten Stressfaktoren in Ihrem Leben?

Familiäre Situation   
 Berufliche Situation   
 Geldmangel   
 Wohnsituation  Sonstiges \_\_\_\_\_  
 Aktuelle Krankheit

25. Bekommen Sie Hilfe bei der Bewältigung ihrer Probleme? ja:  nein:

wenn ja, von wem? Familie   
 Freunde   
 Staatliche Hilfe   
 Ärzte   
 Kirchliche Organisationen   
 Andere soziale Hilfen  \_\_\_\_\_

26. Sind Sie in Deutschland in den Kindergarten gegangen?

Ja:  Nein:

27. Sind Sie in Deutschland in die Schule gegangen?

Ja:  Nein:

28. Welchen Schulabschluss haben Sie?

Kein Abschluss   
 Sonderschulabschluss   
 Hauptschulabschluss   
 Mittlere Reife (Realschule)   
 Allgemeine Hochschulreife (Abitur)

29. Welchen Berufsabschluss haben Sie?

- Keinen   
Lehre / Ausbildung   
(Fach-) Hochschule (Studium)

30. Wie ist Ihre jetzige berufliche Situation?

- Erwerbstätig, Vollzeit  \_\_\_\_\_  
Erwerbstätig, Teilzeit  \_\_\_\_\_  
Geringfügig beschäftigt (Mini-Job)  \_\_\_\_\_  
Ausbildung, Umschulung,  \_\_\_\_\_  
Studium  \_\_\_\_\_  
Hausfrau- / Mann   
Rentner- / in   
Arbeitslos   
Fehlende Arbeitserlaubnis

31. Wie finanzieren Sie Ihren Lebensunterhalt?

- Eigenes Erwerbseinkommen   
Familieneinkommen   
Altersrente/ -Pension   
Erwerbs- / Berufsunfähigkeitsrente   
Sozialhilfe / Grundsicherung   
Sonstiges  \_\_\_\_\_

32. Leben Sie in einer festen Partnerschaft? ja  nein:

Wenn ja, bitte kreuzen Sie an:

- Ehe   
Lebensgemeinschaft heterosexuell   
Lebensgemeinschaft homosexuell

33. Haben Sie Kinder? ja: , wie viele? \_\_\_\_\_

34. Haben Sie Geschwister? ja: , wie viele? \_\_\_\_\_

35. Wie ist Ihre Wohnsituation: Ich wohne ...
- alleine
  - gemeinsam mit meinem Partner
  - gemeinsam mit meinem Partner und Kindern
  - gemeinsam mit meinen Kindern
  - gemeinsam mit meinen Eltern
  - in einer therapeutischen Wohngemeinschaft
  - in einer nicht- therapeutischen Wohngemeinschaft
  - ohne festen Wohnsitz

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. D. Bönsch  
Ärztlicher Direktor

K. Fleckenstein  
Doktorandin

Wenn Sie NICHT in Deutschland geboren sind

37. Seit wann sind Sie in Deutschland? \_\_\_\_\_
38. Wie alt waren Sie, als Sie Ihr Heimatland verlassen haben? \_\_\_\_\_
39. Warum haben Sie Ihr Heimatland verlassen? \_\_\_\_\_
40. Haben Sie allein Ihr Land verlassen oder zusammen mit Familienmitgliedern, Freunden?  
Allein:  mit Familienmitgliedern:  mit Freunden:
41. Waren bereits Familienmitglieder / Freunde in Deutschland, die sie erwartet haben als Sie angekommen sind? Ja:  Nein:
42. Haben sich die Erwartungen, die Sie an Deutschland hatten, erfüllt?



Wenn Sie FLÜCHTLING sind

43. Was belastet Sie aktuell am meisten?

Schlimme Erlebnisse im Heimatland

gar nicht  sehr

Reise

gar nicht  sehr

Ankunft und Empfang im neuen Land

gar nicht  sehr

44. Wie lang waren Sie in einem Auffanglager?

\_\_\_\_\_

## 9.3 2. Fragebogen

BEZIRK  
UNTERFRANKEN



Krankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin  
Am Sommerberg ■ 97816 Lohr a. Main

**KRANKENHAUS FÜR PSYCHIATRIE,  
PSYCHOTHERAPIE UND  
PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN  
LOHR A. MAIN**

Am Sommerberg  
97816 Lohr a. Main

**Ärztlicher Direktor**

Prof. Dr. Dominikus Bönsch  
Telefon: (09352) 503 – 30001  
Telefax: (09352) 503 – 30000  
E-Mail: dominikus.boensch@bezirkskrankenhaus-lohr.de  
www.bezirkskrankenhaus-lohr.de

Ihr Zeichen/Ihre Nachricht vom: Unser Zeichen: Auskunft erteilt: Durchwahl 09352 / 503- Lohr a. Main, den

### Fragebogen 2

1. Name: \_\_\_\_\_

2. Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

3. Hat sich Ihr Zustand verbessert?

ja:  nein:

4. Wie zufrieden sind sie mit diesem Zustand?



gar  
nicht



sehr

5. Welche vorherigen Beschwerden haben sich verbessert?

Angst	<input type="checkbox"/>	Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	Unruhe	<input type="checkbox"/>
Antriebsmangel	<input type="checkbox"/>	Essstörungen	<input type="checkbox"/>	Schmerzen	<input type="checkbox"/>
Traurigkeit	<input type="checkbox"/>	Verwirrtheit	<input type="checkbox"/>		
Selbstmordgedanken	<input type="checkbox"/>	Gedächtnisstörungen	<input type="checkbox"/>		
Drogenkonsum	<input type="checkbox"/>	Vermehrter Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/>		

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Bankverbindung: Sparkasse Mainfranken Würzburg (BLZ 790 500 00), Kto. 42 279 711  
Ust.-IdNr. DE 134187737 Ust-Nr. 257/114/00225 Finanzamt Würzburg

BKH-55-FB-22

www.bezirkskrankenhaus-lohr.de



5. Aus welchen Komponenten hat Ihre Behandlung bestanden?

Medikamente

Gespräche: Einzelgespräche  Gruppengespräche

Sporttherapie

Komplementäre Therapien und Ergotherapien

Sonstiges: \_\_\_\_\_

6. Was hat am besten geholfen?

Medikamente

Gespräche: Einzelgespräche  Gruppengespräche

Sporttherapie:

Komplementäre Therapien und Ergotherapien

Stationäres- / teilstationäres Setting

Sonstiges: \_\_\_\_\_

7. Was hat nicht geholfen?

Medikamente

Gespräche: Einzelgespräche  Gruppengespräche

Sporttherapie:

Komplementäre Therapien und Ergotherapien

Stationäres- / teilstationäres Setting

Sonstiges: \_\_\_\_\_

8. Wie wohl haben Sie sich während Ihres Aufenthaltes gefühlt?



9. Fanden Sie es besser von männlichen oder von weiblichen Therapeuten behandelt zu werden?

Männlich

Weiblich

Kein Unterschied

10. Wie fanden Sie es mit anderen Patienten Zeit zu verbringen und über Ihre Probleme zu reden?

Hilfe

Belastung

Neutral

11. Welche Verbesserungsvorschläge an die Therapie / an den Aufenthalt in der Psychiatrie haben Sie?

---

---

---

12. Hätten Sie sich ein spezielles Angebot hinsichtlich Ihrer Religion / Kultur gewünscht?

Ja:  Nein:

Wenn ja, wie genau sollte dieses Angebot aussehen?

---

---

---

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. D. Bönsch  
Ärztlicher Direktor

K.Fleckenstein  
Doktorandin

## 9.4 Ausformulierte Verbesserungsvorschläge

### Offene gemischt-geschlechtliche Station

- Durchsagen als nervig, störend empfunden (nicht immer richtig verstanden, und nicht gewusst wer gemeint ist) → Pflegepersonal hat nicht so viel zu tun und könnte direkt auf Patienten zugehen; mehr Einzelgespräche (mit Psychologen) → zu wenig Einzelgespräche und schlecht verteilt (Abstände nicht konstant); hätte gerne unter der Woche Wäsche gewaschen aber Waschmaschine durfte nur am Wochenende verwendet werden

### Offene gerontopsychiatrische Station

- war allein auf Station, keine Türken, kein türkisches Fernsehprogramm; andere Patienten haben schlecht über Erdogan gesprochen, was ihn gestört hat

### Beschützende Männerstation

- 19 unten: Langweilig, durfte nicht raus; K102: ist raus zum Spazieren
- Pharmasubstanzen / chemische "Gifte" abschaffen und Probleme natürlich / homöopathisch bzw. durch pflanzliche Medikamente behandeln
- Mehr Einzelgespräche würde ich sehr empfehlen; ansonsten war ich mit dem Aufenthalt sehr zufrieden

### Soziotherapiestation – Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis

- Verständigung war teilweise schwierig, Patientin hätte sich gerne mehr mit anderen Patienten ausgetauscht / geredet
- wäre gerne länger geblieben (ca. 2 Wochen), fühlt sich noch nicht stabil; Patientin hätte gerne Physiotherapie gehabt und hätte gerne Yoga gemacht (hat bei beidem auf der Warteliste gestanden)
- Keine: Spazieren auf dem Gelände hat sehr gut getan
- mehr Privatsphäre gewünscht, zu fünft in einem Zimmer, keine Rückzugsmöglichkeit; mehr Gespräche mit Psychologe (2 Gespräche in 3 Wochen) → evtl. 1-2 Gespräche mehr; Ergotherapie hätte früher beginnen können, die ersten 2 Wochen nicht viel zu tun; mehr Therapien insgesamt, zu viel freie Zeit zwischendurch → langweilig
- andere Patienten rauchen Joint auf Balkon, das hat den Patienten belastet → Suchtdruck steigt; Essen: Brot war nicht frisch, Fleisch war nicht frisch; Portion zu klein; hätte gern Einzelzimmer oder Doppelzimmer gehabt; Hätte gerne Ergotherapie gemacht; wäre gerne zum Zahnarzt gegangen
- Patientin wäre gerne länger geblieben (Minimum 1-2 Wochen) fühlt sich noch nicht bereit, hat Angst was zu Hause passiert; mehr Gespräche mit Psychologe, am Wochenende keine Therapie, war nicht gut, war nichts los; eine Pflegerin war unhöflich, unverschämt (hat vor anderen Patienten persönliche Dinge

- gesagt), war gemein zu Patienten; Personal nimmt Patienten nicht ernst und hört nicht richtig zu; hat sich vom Personal nicht verstanden gefühlt
- hätte gerne mehr Therapie gehabt (Ergotherapie/ komplementäre Therapie) mehr Gespräche (hatte kein Gespräch mit Psychologe); Beschäftigung fehlt, zu viel freie Zeit; Essensausgabe anders regeln (nicht in Schlange stehen, sondern Buffet)
  - hätte gerne Reittherapie (Gutshof) gemacht, hat nicht funktioniert; 19 unten: hätte gerne Therapie auf 19 unten gehabt, hat nicht funktioniert
  - männliche Mitpatienten hätten von der Pflege mehr motiviert werden sollen sich zu duschen und ihre Kleidung zu waschen; nur eine Dusche und eine Wanne für 28 Leute auf der Station → viel zu wenig; auf 5 unten: Dusche im Zimmer → besser; aber: zu viel los auf 5 unten; 19 Mitte: Lüften geht schlecht im Zimmer; hätte gerne Physio gemacht für Rücken
  - ihm ist bei anderen Patienten aufgefallen, dass verschiedene Therapeuten zu den Patienten unterschiedliche Dinge gesagt haben bzw. unterschiedliche Tipps gegeben haben, ging in verschiedene Richtungen ... → Verwirrung, Kommunikation war nicht immer so gut
  - mehr Sporttherapie; hatte Langeweile, zu lange Pausen zw. den Therapien; Gespräche mit Psychologe war nicht so gut: er hat nur gefragt, ob das, was in Akte steht stimmt; Patient wurde nicht direkt gefragt

### **Geschlossene Suchtbehandlungsstation**

- lieber auf offener statt auf geschlossener Station gewesen; hier eingesperrt
- Patient wäre gerne länger geblieben, fühlt sich noch nicht bereit zu gehen (hatte aber keine vegetativen Entzugssymptome); hätte Clean-Schein für Bewährungshelfer gebraucht (den er nicht bekommen hat, weil er noch positiv ist)
- Patientin wäre gerne länger geblieben, hat Angstzustände wegen Krampfanfällen, ist zu Hause allein und hat Angst vor Krampfanfällen, hier: Schutz
- Mehr psychologische Gespräche; Patienten (2-3), die mit Beschluss da waren, wollen nicht von Drogen loskommen, haben nur über Drogen gesprochen (protzen damit) → Belastung
- Patient wäre gerne eine komplette Woche geblieben
- hätte gerne Ausgang gehabt, hat sich wie im Gefängnis gefühlt (wäre gerne in die Stadt oder auf Gelände); Belastung, dass viele Patienten, die hier sein mussten so viel über Drogen gesprochen haben
- Patient hat sich nicht krank gefühlt, hätte nicht hierher gehört, hat sich wie im Gefängnis gefühlt, andere kranke Patienten waren Belastung für Patient
- Patient wäre gerne länger geblieben, denkt, dass er noch nicht "nüchtern" ist und deswegen noch keine Entzugssymptome hat (dafür müssten 1-2 Wochen vergehen); gibt hier nur Tee und Wasser an Getränken → mehr Auswahl gewünscht; offene Küche, in der man sich selbst ein Brot machen könnte; Stepper, Fitnessgeräte, mehr Sportmöglichkeiten; Garten wie 19 unten

- Zustand hat sich eher verschlechtert, wie im Gefängnis, kein Handy; Patient hat nur Alkoholproblem und kein Drogenproblem, wäre gerne auf offener Station gewesen
- Langeweile; wäre gerne auf Gelände spazieren gegangen (kein Ausgang); Verständigung sehr schwierig (Patient spricht nur Russisch)

### **Offene Suchtbehandlungsstation**

- Mehr Einzelgespräche mit Therapeuten
- fehlende Motivation bezüglich des Entzuges / der Entgiftung von anderen Mitpatienten; wenn Mitpatienten mehr mitziehen würden, wäre eigene Entgiftung einfacher
- 18 unten: Zusammensein mit drogenabhängigen Patienten war Belastung, haben nur über Drogen gesprochen (Wie kommen sie am besten wieder an Drogen, wollen keine Therapie) → Demotivation; Patienten, die Drogenabhängig sind und Patienten die Alkoholabhängig sind trennen, weil kein Austausch möglich; Evtl. mehr Therapieangebot über die Osterfeiertage (statt 4 Tage nichts machen (Küchendienst übernommen))
- Kommunikation war nicht möglich (z. B. Sozialdienst); Patient spricht so gut wie gar kein Deutsch
- Sporttherapie: Termine haben sich überschritten, schwierig rauszufinden was und wann; Wunsch nach (mehr) Einzelgesprächen mit Psychologen
- Einen Wasserteich wie unten in die Mitte des Geländes verlegen, mit Springbrunnen und bequemen Bänken
- wusste am Anfang nicht was Ergotherapie ist, dass es Pflicht ist und wollte nicht gezwungen werden → hätte besser erklärt werden müssen welche Optionen er bzgl. Ergotherapie hat (nicht nur basteln) → Sprachbarriere; mehr mit einfacheren Wörtern erklären; (Ärzte weniger Befehlston)
- Sprachbarriere (spricht Polnisch und nur wenig Deutsch) mit Ärzten, Psychologen → Kommunikation schwierig

### **Offene gemischt-geschlechtliche Station mit dem Schwerpunkt depressive Störungen und Angsterkrankungen**

- statt Bedarfsmedikation eher Gespräche, Skills beibringen, Tipps, Ablenkung; alle Gespräche waren auf Klinik für Essstörungen fokussiert und nicht auf Stimmung der Patientin; andere Patienten wurden zu schnell entlassen (weil Krankenkasse nicht länger zahlt) waren aber noch nicht gesund; OA-Visite: OA war sehr unvorbereitet, sehr launisch, sarkastisch → hätte sich mehr Empathie gewünscht; Patientin hätte gerne mehr Gesprächstherapie gehabt, eigentliches Problem hätte mehr fokussiert werden müssen; hatte das Gefühl, dass ihr nicht richtig zugehört wird; Pfleger sollten Medikamenteneinnahme besser kontrollieren, gerade bei suizidgefährdeten Patienten
- hätte sich mehr Einzelgespräche mit Psychologen und Ärzte mit deutschen Sprachkenntnissen gewünscht; fand es teilweise nicht gut wie manche Patienten vom Pflegepersonal behandelt wurden

## **Danksagung**

Ich danke herzlich Herrn Prof. Dr. Dominikus Bönsch für die Bereitstellung meines Themas, für sein stets offenes Ohr, seine wohlwollende fachliche und ideelle Unterstützung und die entscheidende Gewährleistung der Rahmenbedingungen, welche diese Arbeit ermöglicht haben.

Daneben gilt mein besonderer Dank Herrn Dr. Carsten Pohl, der sich intensiv in mein Thema eingearbeitet hat, mir bei der statistischen Auswertung und Korrektur sehr geholfen hat und sich für mich und meine Fragen sehr viel Zeit genommen hat.

Herrn Prof. Dr. Jürgen Deckert danke ich für seine Ratschläge und seine konstruktive Kritik.

Danken möchte ich auch allen Patienten des Bezirkskrankenhauses Lohr, die an der Querschnittsanalyse teilgenommen und sich die Zeit für ein Interview und das Ausfüllen der Patientenfragebögen genommen haben. Dem medizinischen Personal des Bezirkskrankenhauses Lohr danke ich für die bereitwillige Mithilfe bei der Rekrutierung meiner Patienten.

Frau Dr. Maria Bergmann-Geis danke ich sehr für die Vermittlung und die Herstellung des Kontaktes zu Prof. Dr. Dominikus Bönsch.

Schließlich möchte ich von Herzen meinen Eltern, Simon und Martin danken, die sowohl mit mentaler als auch mit fachlicher Unterstützung wesentlich zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

# Lebenslauf

## Persönliche Daten

Name: Katrin Fleckenstein  
Geburtsdatum/-ort: 14.06.1991, Aschaffenburg  
Staatsangehörigkeit: deutsch

## Beruflicher Werdegang

seit 03/2020 Assistenzärztin Anästhesiologie /Intensivmedizin am  
Kantonsspital St. Gallen, Schweiz

## Universitärer Werdegang

10/2012 – 12/2019 Studium der Humanmedizin an der  
Julius-Maximilians-Universität Würzburg  
Abschluss: Staatsexamen  
10/2011 – 09/2012 Studium International Business Studies an der  
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

## Schulischer Werdegang

09/2001 – 06/2010 Hanns-Seidel-Gymnasium Hösbach  
Abschluss: Allgemeine Hochschulreife  
09/1997 – 07/2001 Grundschule in Sailauf

---

Ort, Datum

---

Unterschrift