

D) Poster

Im Folgenden sind die Abstracts der Poster veröffentlicht, die während der Postersession präsentiert bzw. im Vorfeld der Fachtagung zugestellt wurden. Einige Abstracts erhalten zusätzlich die autorisierten Originalposter. Die insgesamt 18 Abstracts sind nicht in der Reihenfolge ihrer Präsentation sondern thematisch in drei Bereiche aufgelistet:

- (A) Geplante oder abgeschlossene wissenschaftliche Studien
- (B) Versorgungsprojekt
- (C) Projektübersichten

Die Darstellung der Abstracts erscheint innerhalb der drei Bereiche in alphabetischer Reihenfolge nach dem Nachnamen des Erstautors.

(A) Geplante oder abgeschlossene wissenschaftliche Studien

Zufriedenheit von Ärzten und Ärztinnen mit dem Verlauf der Behandlung in klinischen Notfallambulanzen – welchen Einfluss haben Geschlecht und Ethnizität der Patienten/innen?

Birgit Babitsch¹; Tanja Braun²; Theda Borde³; Matthias David¹

¹ Charite-Universitätsmedizin Berlin; ² Middlesbrough PCT; ³ Alice Salomon Fachhochschule (ASFH)

Notfallambulanzen gewährleisten eine ständig verfügbare und niedrigschwellige Versorgung. Während zur Zufriedenheit mit der Behandlung auf Seiten der Patienten/innen inzwischen einige Studien vorliegen, ist die Sicht der Ärzte/-innen, insbesondere unter Berücksichtigung des Einflusses von Geschlecht und Ethnizität, nahezu unerforscht. Dieser Frage wurde auf der Basis der Daten internistischer (int.) und gynäkologischer (gyn.) Notfallambulanzen dreier Berliner Kliniken nachgegangen. Berücksichtigt für die Analysen wurden die Angaben von 2.429 Ärzten und Ärztinnen einschließlich der Angaben auf den Rettungsscheinen der behandelten Patienten/innen.

Geschlecht und Ethnizität beeinflussen die ärztliche Zufriedenheit mit dem Behandlungsverlauf signifikant. Jedoch machen die Ergebnisse der logistischen Regression deutlich, dass sich die hohen und signifikanten Odds Ratios bei Patienten/innen türkischer Herkunft (2,5 (int.) und 5,2 (gyn.)) im Wesentlichen durch eine unzureichende sprachliche Verständigung sowie eine nicht gegebene Dringlichkeit der Behandlung nach Einschätzung des/r behandelnden Arztes/Ärztin erklären lassen.

Die Ergebnisse zeigen Ansatzpunkte für eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Migranten/innen. Sie weisen eindrücklich darauf hin, wie wichtig eine gute sprachliche Verständigung für Patienten/innen und Ärzte/-innen bei der Behandlung ist. Entsprechend sollten die interkulturelle Kompetenz geschult sowie professionelle Dolmetscher/-innen eingesetzt werden.

Zufriedenheit von Ärzten und Ärztinnen mit dem Verlauf der Behandlung in klinischen Notfallambulanzen – welchen Einfluss haben Geschlecht und Ethnizität der Patienten/innen?

Birgit Babitsch¹, Tanja Braun², Theda Borde³ & Matthias David⁴

¹ Zentrum für Geschlechterforschung, Charité - Universitätsmedizin Berlin; ² Middlesbrough PCT; ³ Alice Salomon Fachhochschule (ASFH)

⁴ Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Charité - Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund und Fragestellung

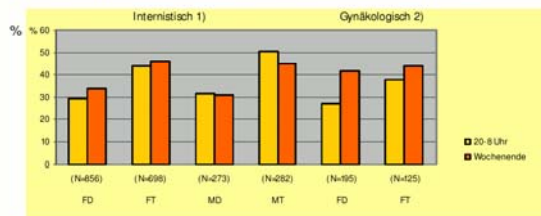
- Spezifische Versorgungssituation in Notfallambulanzen (u. a. niedrige Zugangsschwelle; ständige Verfügbarkeit, hoher Problemdruck)
 - Zunahme der Inanspruchnahme von Notfallambulanzen
 - Ethnizitätsspezifische Differenzen in der Inanspruchnahme
- Fragestellung
Lassen sich Unterschiede in der Zufriedenheit mit dem Behandlungsverlauf von Ärzte/-innen in Abhängigkeit vom Geschlecht und der Ethnizität der Patienten/-innen feststellen?

Methode

- Daten der BMBF-geförderten Studie zu „Unterschieden in der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch deutsche Patienten/innen und Migranten/innen“
- Datenerhebung von 2001 bis 2002 in internistischen und gynäkologischen Notfallambulanzen
- Daten:
 1. Erste-Hilfe-Scheine (N= 5.872)
 2. Befragung der Ärzte/-innen mit Kurzfragebogen (N= 2.969)

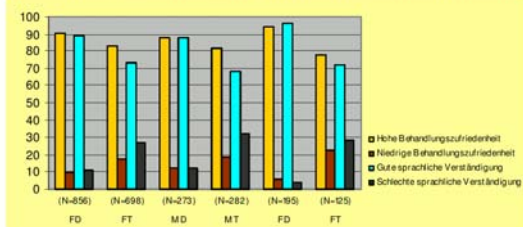
Ergebnisse

- Transport zur Rettungsstelle
Privater Transport deutlich häufiger bei Frauen und Männern türkischer im Vergleich zu deutscher Ethnizität: 74,1% vs. 51,6% bzw. 81,0% vs. 49,9%
- Zeitpunkt der Inanspruchnahme
Türkische Migranten/innen nahmen die Rettungsstelle häufiger nachts und am Wochenende in Anspruch.



FD= Frauen deutscher Ethnizität, MD= Männer deutscher Ethnizität, FT= Frauen türkischer Ethnizität, MT= Männer türkischer Ethnizität. 1) Kruskal-Wallis-Test: 1) p<0,001; 2) n.s.

- Dolmetschen
Bei einem Drittel der Patienten/innen türkischer Ethnizität wurde das Gespräch gedolmetscht. Dolmetscher/innen waren meist Begleitpersonen oder in der Klinik beschäftigtes Personal.



- Zufriedenheit der Ärzte und Ärztinnen mit der durchgeführten Behandlung
* Die ärztliche Behandlungszufriedenheit ist geringer bei Patienten/innen türkischer Ethnizität sowie die sprachliche Verständigung schlechter.
* Im multivariaten Modell werden diese signifikanten Unterschiede durch die sprachliche Verständigung und die Dringlichkeit der Behandlung erklärt. Zudem spielen in den gyn. Notfallambulanzen das Geschlecht des Arztes und die Art der Krankenversicherung eine Rolle.

	M1 ¹⁾		M2 ²⁾		M3 ²⁾	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI	OR	95%-KI
Alter	1,01***	1,01 1,02	1,00	0,99 1,01	-#-	-#-
Geschlecht	1,40*	1,00 1,95	1,35	0,90 2,02	-#-	-#-
Ethnizität	2,61***	1,70 4,02	0,89	0,52 1,5	-#-	-#-
Sprachliche Verständigung	-*-	-*-	5,28***	4,34 6,43	4,48***	3,34 6,01
Dringlichkeit der ärztlichen Behandlung	-*-	-*-	0,75***	0,7 0,81	0,75***	0,67 0,83
Geschlecht des Arztes/Ärztin ⁶⁾	-*-	-*-	-*-	-*-	0,50**	0,3 0,85
Art der Krankenversicherung ⁶⁾	-*-	-*-	-*-	-*-	3,05**	1,31 7,11
Nagelkerke r ²	,03		,41		,33	

Logistische Regression, 1) Modellvarianten, 2) Stepwise

Ausblick

- Verbesserung der sprachlichen Verständigung trägt zur ärztlichen Behandlungszufriedenheit bei.
- Forschungsbedarf besteht hinsichtlich der Interaktionen in der medizinischen Behandlung von Migranten/innen.

Kontaktadresse

Dr. Birgit Babitsch, MPH; birgit.babitsch@charite.de

Prozess- und Ergebnisqualität der stationären Depressionsbehandlung in Abhängigkeit der Deutschkenntnisse der Patienten

Isaac Bermejo, Stephanie Bursch, Mathias Berger, Martin Härter

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg

Hintergrund

Depressive Störungen sind schwere Erkrankungen mit erheblichen psychischen, körperlichen und sozialen Beeinträchtigungen. Obschon Prävalenz und Symptomatik in allen Ländern und Kulturen in etwa gleich sind, lassen sich kulturbezogene Differenzen insbesondere im Erleben von und beim Umgang mit depressiven Symptomen feststellen.^[1] Über 14 Millionen Menschen in Deutschland haben einen nicht-deutschen kulturellen Hintergrund. Sprachlich-kommunikative Missverständnisse bei Patienten mit anderem kulturellen Hintergrund führen häufig zu Problemen bei Diagnose und Behandlung.^[2] Aufgrund der Bedeutung von Sprache bei der Vermittlung von Kognitionen, Emotionen und Bedürfnissen besitzt die sprachliche Verständigung eine besondere Bedeutung in der Versorgung depressiver Erkrankungen bei Migranten.

Methode

In einem „matched pairs“-Gruppenvergleich (Variablen: Alter, Geschlecht und Bildung) wurden eine Gruppe depressiver Patienten mit Deutsch als Muttersprache, eine Gruppe mit anderer Muttersprache und guten Deutschkenntnissen und eine Gruppe depressiver Patienten anderer Muttersprache und geringen Deutschkenntnissen (jew. n = 67) analysiert. Die zentrale Fragestellung war, inwiefern Unterschiede in der Prozess- und Ergebnisqualität (z.B. therapeutische Maßnahmen, Behandlungsdauer, Behandlungsergebnis) der stationären Depressionsbehandlung in Abhängigkeit von der Muttersprache bzw. der Qualität der Deutschkenntnisse bestehen. Hierfür wurde die Behandlungsdokumentation depressiver Patienten anhand von Indikatoren der Prozess- und Ergebnisqualität aus 24 psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachkliniken Baden-Württembergs analysiert.

Ergebnisse

Die Subgruppen unterschieden sich nur hinsichtlich einer psychotherapeutischen Vorbehandlung, wobei sich ein deutlicher Gradient in Abhängigkeit der Sprachkenntnisse feststellen ließ: je schlechter die Sprachkenntnisse, desto seltener gaben die Patienten eine psychotherapeutische Vorbehandlung an (Deutsche: 27,7%; andere Muttersprache mit guten Deutschkenntnissen: 12,5%; andere Muttersprache mit geringen Deutschkenntnissen: 4,7%, $p = .001$). Insgesamt war die Zahl der Patienten, die keinerlei psychotherapeutische Maßnahme erhielten, in der Gruppe „andere Muttersprache und geringe Deutschkenntnisse“ deutlich höher als in den beiden anderen Subgruppen. Deutsche Patienten erhielten häufiger eine Kombination von Einzel- und Gruppentherapie. Patienten der beiden Subgruppen ohne deutsche Muttersprache erhielten hingegen mehr Einzeltherapie, während nur wenige dieser Patienten nur Gruppentherapie erhielten. Das zentrale Ergebnis ist der signifikante Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer und Behandlungsergebnis sowie der Sprachkompetenz der Patienten. Zwar konnte bei allen drei Subgruppen eine Verbesserung der Depressionssymptomatik durch die Behandlung erreicht werden, allerdings wurden mit zunehmenden sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten signifikant weniger Patienten vollremittiert entlassen. Im Vergleich zu deutschen Patienten wurden mehr als doppelt so viele Patienten mit guten Deutschkenntnissen und fast dreimal so viele Patienten mit geringen Deutschsprachkenntnissen mit einer klinisch relevanten depressiven Symptomatik entlassen (Deutsche: 11,9%; andere Muttersprache mit guten Deutschkenntnissen: 28,4%; andere Muttersprache mit geringen Deutschkenntnissen: 32,8%; $p = .02$). Die durchschnittliche Dauer der stationären Depressionsbehandlung lag bei 57 Tagen, wobei deutsche Patienten mit durchschnittlich 68 Tagen am längsten und Patienten mit geringen Deutschkenntnissen mit durchschnittlich 49 Tagen am kürzesten behandelt wurden ($p = .02$). Die Resultate bei der stationären Behandlung spiegeln sich in der Zufriedenheit der Patienten wider. Der Prozentsatz derjenigen, die bzgl. der stationären Behandlung als unzufrieden eingestuft werden können, ist in der Gruppe mit geringen Deutschkenntnissen viermal so hoch wie in der deutschen Gruppe und mehr als doppelt so hoch wie in der Gruppe mit guten Deutschkenntnissen (Deutsche: 6,5%; andere Muttersprache mit guten Deutschkenntnissen: 10,2%; andere Muttersprache mit geringen Deutschkenntnissen: 25,0%; $p = .05$). Auch hinsichtlich der Bewertung der Hilfe beim adäquaten Umgang mit der Erkrankung sowie bezüglich der Zufriedenheit mit der Behandlung insgesamt waren Patienten mit geringen Deutschkenntnissen signifikant unzufriedener.

Diskussion

Zusammenfassend zeigte sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen sprachlichen Verständigungsmöglichkeiten und dem Behandlungsverlauf bzw. -ergebnis. Bei vergleichbarer Ausgangslage erhielten depressive Patienten ohne deutsche Muttersprache eine weniger intensive psychotherapeutische Behandlung und wurden früher entlassen, auch wenn noch eine klinisch relevante depressive Symptomatik vorlag. Dies war umso stärker ausgeprägt, je schlechter die Verständigungsmöglichkeiten zwischen Arzt und Patient waren. Die Ergebnisse bestätigen die Notwendigkeit, sprachliche Faktoren bei der Behandlung depressiver Patienten stärker zu berücksichtigen und bestätigen, dass sowohl kulturelle Spezifika als auch Migrationsprozesse Einfluss auf die Inanspruchnahme und Wirksamkeit medizinischer Versorgung bei chronischen Erkrankungen haben.¹ Auf diesem Hintergrund ist eine weitere spezifische Forschung notwendig, um differenziertere Aussagen über die Zusammenhänge zwischen Sprache, Migration und Kultur und der Behandlung depressiver Patienten machen zu können.

Arbeitsmarktbeteiligung von Ausländern im Gesundheitssektor in Deutschland - Studie im Rahmen des Europäischen Migrationsnetzwerkes: „Managed Migration and the Labour Market – The Health Sector“ im Rahmen des EMN

Peter Derst, Barbara Heß & Hans Dietrich von Loeffelholz

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Nürnberg

Im Rahmen der Migrationsforschung im Bundesamt wurde die Studie „Arbeitsmarktbeteiligung von Ausländern im Gesundheitssektor in Deutschland“ fertig gestellt. Sie ist als deutscher Beitrag im Rahmen des Europäischen Migrationsnetzwerkes (EMN) entstanden. Die Schwerpunkte der Studie liegen im gegebenen Rahmen auf der Einordnung des deutschen Gesundheitswesens in die hiesige Volkswirtschaft, auf einer Darstellung der Bedeutung der Ausländer in Deutschland für das Gesundheitswesen, der Skizzierung der rechtlichen Rahmenbedingungen für ihre Beschäftigung und der Ausübung der verschiedenen Gesundheitsberufen durch Ausländer. Angesichts einer bisher kaum vorhandenen Datenbasis wurden Auswertungen der amtlichen Statistik vorgenommen und durch Angaben der Bundesärztekammer, der Bundeszahnärztekammer und der Bundesvereinigung deutscher Apothekerverbände ergänzt.

Der Gesundheitssektor zählt zu den wirtschaftlich bedeutendsten Sektoren in Deutschland. Im Jahr 2003 wurden insgesamt fast 240 Mrd. Euro für Gesundheitsleistungen ausgegeben, und mit 4,3 Mio. Personen war jeder zehnte Beschäftigte in Deutschland im Gesundheitswesen tätig.

In welchen Berufen Ausländer im Gesundheitswesen tätig werden dürfen, hängt von den rechtlichen Rahmenbedingungen ab. Neben den generell für Migranten geltenden rechtlichen Voraussetzungen bezüglich des Arbeitsmarktzuganges müssen ausländische Ärzte die Erlaubnis zur Ausübung ihres Berufes bei der für ihren zukünftigen Tätigkeitsort zuständigen Gesundheitsbehörde beantragen, die die Voraussetzungen für die Ausübung des Berufes überprüft. Ausländische Pflegekräfte benötigen ebenfalls einen den deutschen berufsrechtlichen Anforderungen gleichwertigen Ausbildungsstand.

Der Überblick über ausländische Beschäftigte im Gesundheitssektor zeigt, dass der Anteil der ausländischen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten an der Gesamtzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in den letzten Jahren bei etwa 4% lag und ab 2004 leicht zurückging (2005: 3,7%). Die Ausländer sind im Gesundheitssektor jedoch unterrepräsentiert, da der Anteil der sozialversicherungspflichtigen Ausländer an allen sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten im Jahr 2004 6,7% betrug. Absolut ist die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Gesundheitssektor gestiegen. So waren 1999 insgesamt rund 1,80 Mio. Beschäftigte zu verzeichnen (davon rund 74.000 Ausländer), im Jahr 2004 waren es 1,93 Mio. Beschäftigte (davon knapp 75.000 Ausländer), 2005 stieg die Gesamtzahl auf 1,95 Mio. bei rückläufiger Zahl der Ausländer (rund 73.000 Ausländer).

Der Anteil der ausländischen Ärzte und Zahnärzte ist allerdings gestiegen, sowohl bei den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten Ärzten und Zahnärzten als auch bei den Ärzten insgesamt. 1999 waren rund 140.000 deutsche und 5.400 ausländische Ärzte sozialversicherungspflichtig beschäftigt, 2005 waren es 157.000 bzw. 8.100. Die Zahl der Ärzte insgesamt stieg bei Deutschen von rund 277.000 auf 289.000, bei Ausländern von rund 14.200 auf 18.500. Ein Rückgang ist dagegen bei den Helfern und Helferinnen in der Krankenpflege zu verzeichnen.

Der Anteil der ausländischen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, die aus den EU14-Staaten (EU15 ohne Deutschland) kommen, liegt mit 18.700 von insgesamt 73.600 ausländischen Beschäftigten bei etwa 25% und ist in den letzten Jahren relativ konstant geblieben. Dagegen ist ein großer Zuwachs von Beschäftigten aus den neuen EU-Staaten (EU10) zu verzeichnen. Der Anteil stieg von 8,5% im Jahr 1999 auf 11,4% im Jahr 2005, ein ähnliches Ergebnis zeigt sich bei der Gesamtzahl der Ärzte. Absolut bedeutet dies einen Anstieg der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten aus den EU-10 Ländern von 6.300 auf 8.400, bei den Ärzten insgesamt stieg die Zahl von 1.300 im Jahr 2002 auf 2.100 im Jahr 2005.

Da zur Zeit viele Ärzte in Deutschland mit den Arbeitsbedingungen und ihrem Einkommen unzufrieden sind, ist denkbar, dass die Auswanderung von deutschen Ärzten ins Ausland noch weiter zunehmen wird, da sich viele z.B. in den skandinavischen Länder oder den klassischen Einwanderungsländern wie USA oder Kanada bessere Bedingungen erhoffen. Der Anteil der ausländischen Ärzte könnte somit in Deutschland noch zunehmen. Im Zuge weiterer Erweiterungen und der Aufhebung der

Beschränkungen des Arbeitsmarktzuganges für die EU10-Länder spätestens im Jahr 2011 ist aufgrund des bereits stark gestiegenen Anteils außerdem mit weiteren Zuwanderern aus den entsprechenden Ländern zu rechnen.

Das vorliegende Datenmaterial liefert grundlegende Informationen über das quantitative Ausmaß der Beteiligung von Ausländern im Gesundheitssektor. Allerdings können keine detaillierten Aussagen über die Qualifikationen der Ausländer, insbesondere auch im Vergleich zu Deutschen in derselben Berufsgruppe, gemacht werden. Dies wäre vor allem interessant, um das Problem der Anerkennung von Abschlüssen untersuchen zu können, da es viele Ausländer gibt, die unterhalb des in ihrem Herkunftsland erworbenen Qualifikationsniveaus arbeiten.

Weiter fehlen Daten über die Beteiligung von Personen mit *Migrationshintergrund* im Gesundheitssektor. Da diese Gruppe naturgemäß größer ist als die Gruppe der hier allein betrachteten Ausländer, würde die Einbeziehung dieser Personen zu weitaus höheren Beteiligungsquoten führen als hier dargestellt. Bei entsprechenden Daten könnte außerdem untersucht werden, inwieweit sich die zweite oder dritte Generation in der Berufswahl von den Eltern unterscheidet.

Vor diesem Hintergrund ist schließlich weiterer Forschungsbedarf gegeben. Hierbei ist die Ermittlung von Daten über Personen mit Migrationshintergrund und ihre jeweiligen Qualifikationsniveaus von zentraler Bedeutung. Die vorliegende Arbeit wird demnächst als Working-Paper des Bundesamts erscheinen.

Evaluation des türkischen Pflegeheims „Türk Huzur Evi“ in Berlin

Stefan Dietsche¹, Liane Schenk², Adelheid Kuhlme², Christoph Löschmann¹

¹ eqs.-Institut Hamburg ² Institut für Medizinische Soziologie. Charitézentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften

Die Anzahl der älteren Migranten in Deutschland steigt, die Gruppe der sogenannten ersten Generation kommt ins Rentenalter. Dabei bilden die türkischen Migranten die größte Gruppe unter den Ausländern in Deutschland. In dieser Gruppe hat sich der Anteil der über 60-jährigen türkischen Migranten in den letzten 10 Jahren vervierfacht.

Trotz des auch bei den Migranten steigenden Bedarfs werden die bestehenden stationären Altenpflegeeinrichtungen von ihnen kaum genutzt. Diese bisher geringe Inanspruchnahme kann auf verschiedene Gründe zurückgeführt werden, hierzu gehören etwa:

- die geringe Passung von Angeboten der Pflegeeinrichtungen und Bedürfnissen der Migranten
- das starke familiäre Eingebundensein der Migranten
- Zugangsbarrieren (etwa sprachlicher Art)

Bisher wurde dem steigenden Bedarf nicht entsprochen, die stationären Einrichtungen der Altenpflege haben keine spezifischen Angebote entwickelt, die Migranten werden dort versorgt wie die deutschen Bewohner.

Vor diesem Hintergrund hat die Marseille-Kliniken AG, in Kooperation mit der türkischen Gemeinde Berlin, ein Altenpflegeheim konzipiert, um speziell den Bedürfnissen und Ansprüchen der türkischen Migranten zu entsprechen. Die Pflegeeinrichtung wird von einer gemeinsamen Gesellschaft betrieben, der „Türk Huzur Evi Pflegeeinrichtung Berlin-Kreuzberg GmbH“.

Die kulturspezifische Anpassung der Pflegeeinrichtung betrifft u. a. die folgenden Bereiche:

Bei der baulichen Planung ist etwa ein Gebetsraum und eine Teestube vorgesehen worden. Außerdem ist die Beschilderung der Einrichtung zweisprachig vorgenommen worden. Hinsichtlich der pflegerischen Aspekte sind verschiedene kultur-spezifische Aspekte zu beachten, diese betreffen etwa den Umgang mit der Intimsphäre oder die Rollenverständnisse. Bezüglich der Integration der Angehörigen ist v. a. die Möglichkeit einer aktiven Mitarbeit vorgesehen sowie Beratungsgespräche in türkischer Sprache für die Angehörigen. Die Ernährung ist entsprechend den muslimischen Vorschriften zuzubereiten, hierfür wurde u. a. ein türkischer Koch eingestellt. Schließlich stellt eine türkische Pflegeeinrichtung auch besondere Anforderungen an das Personal. Für die Einrichtung werden weitgehend zweisprachige Mitarbeiter eingestellt, teilweise mit Migrationshintergrund. Dies betrifft nicht nur die Pflegenden, sondern auch die Leitungsfunktionen. Darüber hinaus werden die Mitarbeiter mit spezifischen Fortbildungen, z.B. zur inter-kulturellen Kompetenz geschult.

Da die Pflegeeinrichtung „Türk Huzur Evi“ in Deutschland Pilotcharakter hat, ist eine Evaluation unabdingbar. Hierfür ist eine Kooperation zwischen dem eqs.-Institut Hamburg und dem Institut für Medizinische Soziologie der Charité-Universitätsmedizin Berlin geplant. Neben Fragen der Inanspruchnahme durch die Migranten, deren Zufriedenheit und dem Umsetzungsgrad des Konzeptes könnte auch die kultur-spezifische Anpassung von Assessmentinstrumenten Thema der Evaluation werden.

Zusammenhang zwischen Akkulturation und psychischer Belastung bei Migranten

Christian Haasen, Cüneyt Demiralay, Agis Agorastos

Klinik für Psychiatrie & Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Hintergrund

Die Integration der Migranten in die neue Gesellschaft wird durch viele Höhen und Tiefen begleitet. Die daraus resultierende Belastung zeichnet sich aus durch psychischen Stress, der auch das Ausmaß einer psychischen Störung annehmen kann. Um diesem psychischen Stress entgegen treten zu können muss er zunächst entsprechend erkannt werden. Leider bestehen bisher keine standardisierten Instrumente für die Erfassung des Akkulturationsstress.

Methode

Es werden Ansätze in diese Richtung und Ergebnisse bei verschiedenen Migrantengruppen dargestellt. Die deutsche Version des in den USA entwickelte Akkulturations-Stress-Index (ASI) stellt eine Möglichkeit dar, die migrationsspezifischen Schwierigkeiten zu messen. Dabei stellt sich die Frage, ob diese migrationsspezifischen Schwierigkeiten sich auch in einer höheren psychischen Belastung äußern. Hierfür kann der Zusammenhang zwischen den migrationsspezifischen Schwierigkeiten und einer mit dem Symptom Checklist (SCL-90R) gemessenen psychischen Belastung geprüft werden.

Ergebnisse

In Felduntersuchungen bei verschiedenen Migrantengruppen – afghanischen, mongolischen und iranischen Migranten sowie Aussiedler aus der ehemaligen Sowjetunion – als auch in klinischen Untersuchungsgruppen zeigt sich eine statistisch signifikante Korrelation zwischen Akkulturationsstress und psychischer Belastung, vor allem in Bezug auf Depressivität.

Diskussion

Es fehlen weitere Untersuchungen bei anderen MigrantInnengruppen und bei Patienten mit psychischen Störungen. Dennoch zeigen diese Ergebnisse die Bedeutung für den therapeutischen Umgang mit psychisch erkrankten Migranten – eine Aufarbeitung der migrationsspezifischen Schwierigkeiten muss stärker in den Mittelpunkt der therapeutischen Arbeit gerückt werden. Auch neurobiologische Untersuchungen, die z.B. Veränderungen auf der HPA-Achse aufgrund einer chronischen Stresssituation im Zusammenhang mit Akkulturationsstress ausmachen würden, könnten bei der Validierung von Fragebögen hilfreich sein.



Zusammenhang zwischen Akkulturation und psychischer Belastung bei Migranten

Christian Haasen, Cüneyt Demiralay, Agis Agorastos

Einleitung: Der Akkulturationsprozess bedeutet eine Anpassung an die neuen gesellschaftlichen Werte und ggf. das Aufgeben der Werte aus der Herkunftsgesellschaft. Die verschiedenen Formen der Akkulturation sind: Integration (Beibehaltung der Werte der Herkunftsgesellschaft und Übernahme der Werte der neuen Gesellschaft), Assimilation (Aufgabe der Werte der Herkunftsgesellschaft und Übernahme der Werte der neuen Gesellschaft), Segregation (Beibehaltung der Werte der Herkunftsgesellschaft und keine Übernahme der Werte der neuen Gesellschaft), oder Marginalisation (Aufgabe der Werte der Herkunftsgesellschaft und keine Übernahme der Werte der neuen Gesellschaft). Dabei ist jede Form der Akkulturation mit anderen Stressoren verbunden.

Hypothese: Akkulturationsstress führt zu einer relevanten psychischen Belastung, so dass bei psychischen Störungen ein besonderes Augenmerk auf den Prozess der Akkulturation gelegt werden muss.

Methodik: Es wird der Zusammenhang zwischen Akkulturationsstress (ASI) und psychischer Belastung (SCL-90R) in verschiedenen Stichproben von Menschen mit Migrationshintergrund untersucht. Dabei wird ein für deutsche Verhältnisse angepasster Fragebogen (ASI) eingesetzt, der von Nicassio et al. (1986) ursprünglich für die Beurteilung von Akkulturationsstress bei depressiven Patienten iranischer Herkunft in den USA entwickelt wurde.

Akkulturations-Stress-Index (ASI)

FRAGEN	JA	NEIN
1 HATTEN ODER HABEN SIE BEIM LERNEN DER DEUTSCHEN SPRACHE SCHWIERIGKEITEN?	1	0
2 HATTEN ODER HABEN SIE SCHWIERIGKEITEN, EINEN ZUFRIEDEN STELLENDEN JOB ZU FINDEN?	1	0
3 HATTEN ODER HABEN SIE SCHWIERIGKEITEN, DAS VERHALTEN DER MENSCHEN HIER IN DEUTSCHLAND ZU VERSTEHEN?	1	0
4 HATTEN ODER HABEN SIE SCHWIERIGKEITEN, EINE PASSENDE WOHNUNG BZW. UNTERKUNFT ZU FINDEN?	1	0
5 WÜßTEN SIE, WIE SIE IHRE ALLTÄGLICHEN BEDÜRFNISSE HIER REGELN SOLLTEN?	0	1
6 GAB ES KONFLIKTE ZWISCHEN TYPISCHEN VERHALTENSWEISEN IN IHREM HERKUNFTSLAND UND DEUTSCHLAND?	1	0
7 HATTEN ODER HABEN SIE GENÜGEND GELD FÜR IHRE GRUNDVERSORGUNG?	0	1
8 HABEN SIE MANCHMAL PROBLEME BEIM VERSTÄNDNIS DER KULTUR HIER IN DEUTSCHLAND?	1	0
9 LEBEN ODER LEBTEN SIE IN EINER NACHBARSCHAFT, IN DER SIE UNERWÜNSCHT WAREN BZW. SICH UNSICHER GEFÜHLT HABEN?	1	0
10 MUSSTEN SIE SICH AN EIN ANDERES KLIMA GEWÖHNEN?	1	0
11 HABEN SIE AN SOZIALEN STATUS UND PRESTIGE VERLOREN?	1	0
12 HATTEN ODER HABEN SIE DAS GEFÜHL, DASS DIE MENSCHEN IN DEUTSCHLAND UNFREUNDLICH SIND UND VORURTEILE IHNEN GEGENÜBER HABEN?	1	0
13 WAREN ODER SIND SIE UNSICHER, WIE SIE SICH IN DER ÖFFENTLICHKEIT VERHALTEN SOLLEN ODER MÜSSEN?	1	0
14 HATTEN ODER HABEN SIE PROBLEME IM KONTAKT MIT DEN DEUTSCHEN BEHÖRDEN?	1	0
15 HATTEN ODER HABEN SIE PROBLEME IN BEZUG AUF DAS DEUTSCHE SCHULSYSTEM?	1	0
16 HATTEN ODER HABEN SIE IMMER DIE MÖGLICHKEIT, SICH MIT FAMILIENMITGLIEDERN UND ANDEREN GELIEBTEN MENSCHEN IN IHREM HERKUNFTSLAND IN VERBINDUNG ZU SETZEN?	0	1
17 WAREN ODER SIND SIE ERSCHROCKEN ODER VERÄNGSTIGT, WENN SIE DEN MENSCHEN HIER IN DEUTSCHLAND BEGEGNEN?	1	0
18 HAT SICH IHRE ROLLE IN IHRER FAMILIE WESENTLICH VERÄNDERT SEIT DER AUSWANDERUNG NACH DEUTSCHLAND?	1	0
19 HATTEN ODER HABEN SIE SCHWIERIGKEITEN AUFGRUND VON UNTERSCHIEDLICHEN WERTEN UND NORMEN IN IHREM HERKUNFTSLAND UND IN DEUTSCHLAND?	1	0
20 SIND SIE ZEITWEISE GETRENNT ODER ISOLIERT GEWESEN VON DER FAMILIE ODER ANDEREN WICHTIGEN PERSONEN?	1	0

Gesamtscore:

Ergebnisse

Untersuchung bei 100 Aussiedlern (Felduntersuchung, Schneeballmethode) aus der ehem. UdSSR:

Korrelation ASI-SCL (Depressivität): $r=0,2$; $p<0,05$
Korrelation ASI-SCL (Somatisierung): $r=0,2$; $p<0,05$

Untersuchung bei 100 Aussiedlern aus der ehem. UdSSR in einer Allgemeinpraxis:

Korrelation ASI-SCL (Depressivität): $r=0,21$, $p<0,05$
Korrelation ASI-SCL (Somatisierung): $r=0,07$, n.s.

Untersuchung bei 100 mongolischen MigrantInnen (Felduntersuchung, Schneeballuntersuchung):

Korrelation ASI-SCL (Depressivität): $r=0,57$, $p<0,001$
Korrelation ASI-SCL (Somatisierung): $r=0,43$, $p<0,001$

Untersuchung bei 50 afghanischen MigrantInnen (Felduntersuchung, Schneeballmethode) mit einer Alkoholproblematik (AUDIT positiv):

Korrelation ASI-psych. Beschwerden*: $r=0,45$, $p<0,001$
*OTI subscale mental distress

Untersuchung bei 50 iranischen MigrantInnen in einer internistischen Praxis:

Korrelation ASI-SCL (GSI): $r=0,35$; $p<0,01$
Korrelation ASI-SCL (PST): $r=0,41$; $p<0,001$
Korrelation ASI-SCL (PSDI): $r=0,29$; $0,05$

Diskussion: In verschiedenen Untersuchungen zeigte sich ein Zusammenhang zwischen Akkulturationsstress und psychischer Belastung, vor allem in Bezug auf Depressivität. Es fehlen weitere Untersuchungen bei anderen MigrantInnengruppen und bei Patienten mit psychischen Störungen. Auch neurobiologische Untersuchungen, die z.B. Veränderungen auf der HPA-Achse im Zusammenhang mit Akkulturationsstress ausmachen würden, wären von Interesse.

Behandlung von türkischen Migranten mit einer somatoformen Störung in der stationären medizinischen Rehabilitation - Effektivität der Narrativen Therapie für somatoforme Störungen (NTS)

Jan Kizilhan¹ & Jürgen Bengel²

¹Michael-Balint-Klinik, Königsfeld im Schwarzwald, ²Institut für Psychologie, Universität Freiburg

Während der Erfolg verhaltenstherapeutischer Behandlungen bei Patienten mit multiplen somatoformen Symptomen als belegt angesehen werden kann (Rief & Hiller, 1998; Kroenke & Swindle, 2000; Looper & Kirmayer, 2002), ist die Effektivität der Narrativen Therapie für somatoforme Störungen bei Migranten bisher nicht überprüft worden. Die verhaltenstherapeutische Behandlung der somatoformen Störung für Migranten (VT-ST) wird mit der Narrativen Therapie für somatoforme Störungen (NTS) verglichen. Dies ermöglicht neben der Effektivitätsüberprüfung der NTS auch eine Wirksamkeitsüberprüfung (Timmer et. al., 2004) und somit Validierung der VT-ST bei Migranten. Es soll überprüft werden, ob sich eine NTS-Wirkung für die gesamte Symptomatik, aber auch für die einzelnen Symptomgruppen wie Ganzkörperschmerzen, Müdigkeit und Erschöpfung finden lässt. Die Symptomausprägung soll vor allem auf SOMS-7 Prä-Post-Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe untersucht werden. Es wird erwartet, dass durch die neue Behandlung die stationäre Rehabilitation bei somatoformen Störungen in psychosomatischen Kliniken verkürzt werden kann und erneute stationäre Behandlungen seltener auftreten. Die Behandlung mit der Somatoformen Narrativen Therapie wird auch einen signifikanten Einfluss auf die Zweit- und Dritt Diagnosen, z.B. Depression und Angst, haben. Patienten mit geringer Schulbildung, Analphabetismus und aus stark kollektiven Gesellschaften werden insbesondere von dieser Behandlungsmethode profitieren. Die NTS kann durch entsprechende Fortbildungen von nichtmuttersprachlichen Behandlern angewendet werden.



Projektleitung

Dr. Kizilhan

Prof. Dr. Dr. Bengel

Behandlung von türkischen Migranten mit einer somatoformen Störung in der stationären Rehabilitation - Effektivität der Narrativen Therapie für somatoforme Störungen (NTS)

Versorgungsnahe Forschung - Chronische Krankheiten und Patientenorientierung

Zusammenfassung:

Die Behandlungsmethode Narrative Therapie für somatoforme Störung bei türkischen Migranten ist effektiver als bisherige Behandlungsmethoden. Die Dauer der Behandlung ist kürzer, erneute stationäre Behandlungen sind seltener notwendig, es existieren positive Effekte auf Zweit- und Drittdiagnosen, z.B. Depression und Angst. Insbesondere Patienten mit geringer Schulbildung und aus stark kollektiven Gesellschaften profitieren.



Michael-Balint-Klinik
 Hermann-Voland-Str. 10
 78126 Königsfeld

Freiburg, 15.11.2006

© Dr. J. Kizilhan

Stand der Forschung und wissenschaftlicher Hintergrund

Ein Kernproblem der medizinischen Versorgung von Migranten liegt in der Somatisierung psychisch und sozial bedingter Leiden. In der ICD (F46) bezeichnen "somatoforme Störungen" eine Vielzahl körperlicher Symptome ohne ausreichende somatische Erklärung, die übermäßige Besorgnis über die körperliche Erkrankung, häufig einhergehend mit Depression und Angst sowie häufigen Arztbesuchen und negativen Untersuchungsergebnissen, umfassen. Gerade Patienten aus der Türkei klagen häufig über diffuse Ganzkörperschmerzen (Pfeiffer, 1994) und profitieren in der Regel wenig von den herkömmlichen medizinischen Behandlungen. Innerpsychische Konflikte werden meist durch Schmerzäußerungen thematisiert (Strate, 1999). Ein Grund liegt in den vorhandenen Krankheitsvorstellungen und dem Krankheitsverständnis sowie den Behandlungsverfahren (Günay et al., 1990). Daher verlaufen diese Behandlungen in der Regel aus Sicht des Behandlers und Patienten nicht zufriedenstellend. Die häufigen Arztbesuche und Leistungseinschränkungen verursachen erhebliche Kosten.

Da die somatoforme Störung bei der Inanspruchnahme von niedergelassenen Ärzten und in den Folgebehandlungen in den Kliniken eine große Rolle spielt, könnten hier ein wesentlicher Ansatzpunkt für eine Verbesserung der medizinischen Versorgung und erhebliche Möglichkeiten zur primären und sekundären Prävention liegen (Strate, 1999)

Zielsetzung und Fragestellung

Während der Erfolg verhaltenstherapeutischer Behandlungen bei Patienten mit multiplen somatoformen Symptomen als belegt angesehen werden kann (Rief & Hiller, 1998; Kroenke & Swindle, 2000; Looper & Kirmayer, 2002), ist die Effektivität der *Narrativen Therapie für somatoforme Störungen* bei Migranten bisher nicht überprüft worden. Die verhaltenstherapeutische Behandlung der somatoformen Störung für Migranten (VT-ST) wird mit der Narrativen Therapie für somatoforme Störungen (NTS) verglichen. Dies ermöglicht neben der Effektivitätsüberprüfung der NTS auch eine Wirksamkeitsüberprüfung (Timmer et al., 2004) und somit Validierung der VT-ST bei Migranten. Es soll überprüft werden, ob sich eine NTS-Wirkung für die gesamte Symptomatik, aber auch für die einzelnen Symptomgruppen wie Ganzkörperschmerzen, Müdigkeit und Erschöpfung finden lässt. Die Symptomausprägung soll vor allem auf SOMS-7 Prä-Post-Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe untersucht werden. Es wird erwartet, dass durch die neue Behandlung die stationäre Rehabilitation bei somatoformen Störungen in psychosomatischen Kliniken verkürzt werden kann und erneute stationäre Behandlungen seltener auftreten. Die Behandlung mit der *Somatoformen Narrativen Therapie* wird auch einen signifikanten Einfluss auf die Zweit- und Drittdiagnosen, z.B. Depression und Angst, haben. Patienten mit geringer Schulbildung, Analphabetismus und aus stark kollektiven Gesellschaften werden insbesondere von dieser Behandlungsmethode profitieren. Die NTS kann durch entsprechende Fortbildungen von nichtmuttersprachlichen Behandlern angewendet werden.

Design und Untersuchungsmethodik

Bei der Aufnahme in die Klinik erfolgt eine Diagnostik durch einen Psychotherapeuten sowie eine psychodiagnostische Testung (siehe Tab.). Patienten mit Erstdiagnose somatoforme Störung werden bei Einverständnis in die Studie eingeschlossen und randomisiert der Kontroll- oder Experimentalgruppe zugewiesen. Erreicht werden soll eine Stichprobengröße von jeweils N=100 bei vier Messzeitpunkten: t_1 = kurz nach Aufnahme, t_2 = kurz vor Entlassung, t_3 = 6 Monate nach Entlassung und t_4 = 12 Monate nach Entlassung.

	t_1 =kurz nach Aufnahme	t_2 =kurz vor Entlassung	t_3 = 6 Monate nach Entlassung	t_4 = 12 Monate nach Entlassung
Diagnostisches Interview nach DSM-IV (IDCL)	x			x
Standard-Basisdokumentation	x			
SOMS-7 (7-Tag-Version)	x	x	x	x
SCL-90-R	x	x	x	x
BDI	x	x	x	x
HADS-D	x	x	x	x
SF-36	x			x
Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (FMP)	x			
Dokumentation der poststationären Versorgung			x	x

Nutzen und Verwendungsmöglichkeit der Forschungsergebnisse

Das neue Therapiekonzept für Migranten mit einer somatoformen Störung wird zu einer Symptomreduktion führen, was sich auch positiv auf die Funktionsfähigkeit im Alltag und das Arbeitsleben auswirken wird. Aus unseren Klinik Erfahrungen in der Migrantenabteilung und Sachverständiger für Sozialgerichte werden immer wieder von Patienten somatoforme Störungen als Grund für eine Arbeitsunfähigkeit und Rentenuwusch angegeben. Die Behandler in den Praxen und Kliniken können diese Patientengruppe mit dem Therapiekonzept effektiver und schneller behandeln. Durch Fort- und Weiterbildung kann diese Therapie stationär und ambulant und auch von nichtmuttersprachlichen Behandlern umgesetzt werden. Behandler bekommen ein besseres Verständnis für ihre Patienten, und die Patienten fühlen sich in ihren Beschwerden und erlebten Belastungen besser verstanden.

Literatur

- Günay, E., Haag, A. (1990). Krankheitsbilder der Migranten. Eine Studie an türkische Patienten in der Allgemeinpraxis als psychosomatischer Sekt. PMP, 40, 417-422.
- Kizilhan, J. (2005). Blogarbeit zur Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund. In: Forum Erziehungskunde | 2005, Weikheim: Juventa Verlag (S.140-143).
- Leyer, E.M. (1997). Migration, Kulturkonflikt und Krankheit. In: Praxis der transkulturellen Psychiatrie. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Rief, W. & Hiller, W. (1999). The psychological treatment of somatoform disorders. In: V. Oso et al. (ed.), Somatoform disorders: a worldwide perspective. Tokio: Springer.
- Pfeiffer, W.M. (1994). Transkulturelle Psychiatrie. Ergebnisse und Probleme. Stuttgart: Thieme.
- Strate, P. (1999). Pilotstudie zur Evaluation psychiatischer Versorgung von türkische Schmerzpatienten am Zentrum für Soziale Psychiatrie Marburg-GH. Marburg: Görlich & Weckerl-Beiser.

Transkulturell-psychiatrische Versorgung türkischer Patienten: Charakteristika von Zuweisern und Patienten

Eckhardt Koch, Suzan Kamcili-Kubach, Michael Kraus, Manuel Ortmann, Volker Neißner, Martina Feldhordt, Matthias J. Müller

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Marburg-Süd

Hintergrund

Die angemessene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund bedarf eines wohnortnahen Versorgungsnetzes mit transkultureller Kompetenz. An der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Marburg-Süd bestehen seit Jahren Beratungs- und Therapieoptionen für türkische Patienten mit psychiatrischen Störungen. In der vorliegenden Analyse werden die Ergebnisse einer systematischen Erhebung der Charakteristika von Zuweisern und Patienten dargestellt.

Methodik

Vor jeder ambulanten Untersuchung wurde ein Fragebogen an den zuweisenden Arzt verschickt. Nach einem ambulanten Vorgespräch wurden transkulturelle Besonderheiten und Therapiealternativen dokumentiert. Die im Zeitraum 2000-2005 erfolgten Zuweisungen türkischer Patienten zur transkulturell arbeitenden Ambulanz der KPP Marburg-Süd wurden in Bezug auf Charakteristika der Zuweiser und der türkischen Patienten deskriptiv analysiert.

Ergebnisse

Aus 620 patientenbezogenen Kontaktaufnahmen der zuweisenden Ärzte (11% türkischsprachig; über 50% Allgemeinärzte, etwa 30% Psychiater und Nervenärzte, 10% andere Fachärzte, 5% Psychotherapeuten) ergaben sich 475 (73%) ambulante Untersuchungen. Die Vorbehandlung dieser Patienten (Alter 43 ± 11 J., 59% Frauen) beim Zuweiser betrug in über 50% über ein Jahr. Bei 14% lag eine Asyloproblematik vor, bei 16% ein Berentungsanliegen. Etwa 1/3 der Patienten hatte keine Probleme bei der sprachlichen Verständigung, in 34% der Fälle fungierte ein Familienangehöriger als Dolmetscher. Häufigste Hauptdiagnosen waren Depressionen (ICD-10 F32/F33, 41%), Belastungsstörungen (F43, 26%) und somatoforme Störungen (F45 16%); über 75% der Patienten erhielten Medikamente (v.a. Antidepressiva). Bei 37% der Patienten wurde die Indikation zur stationären Behandlung gestellt, bei 23% der Patienten eine muttersprachliche psychiatrisch-psychotherapeutische Weiterbehandlung (9% in der eigenen Institutsambulanz), bei 11% der Patienten wurden Rehabilitationsmaßnahmen empfohlen und bei 10% die Versorgung in einer komplementären Einrichtung. Von 222 Patienten konnten migrationspezifische Belastungsfaktoren erhoben werden, am häufigsten wurden Statusverlust (71%) und Familienunstimmigkeiten (65%) genannt.

Diskussion

Die Kenntnis der Charakteristika von Patienten mit Migrationshintergrund und die frühe Kontaktaufnahme der Zuweiser mit weiterbehandelnden, insbesondere stationären Einrichtungen, macht angemessene und ökonomische therapeutische Interventionen im transkulturell-psychiatrischen Versorgungsnetz möglich. Die Untersuchung migrations-assoziiierter Belastungsfaktoren und deren Auswirkungen auf die Therapie wird derzeit weiter vertieft.