

Aus dem
Institut für Allgemeinmedizin
des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf

Institutsdirektor: Prof. Dr. Hendrik van den Bussche

Krankheitsbilder und -wahrnehmung afghanischer, indi-
scher und pakistanischer Patienten in der Hausarztpraxis

DISSERTATION

zur

Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

in der Fakultät der Universität Hamburg vorgelegt von

Hafeezullah Malik

aus Tumberhama (Indien)

Hamburg 2008

Angenommen von der Medizinischen Fakultät

der Universität Hamburg am: 19. November 2008

Veröffentlicht mit Genehmigung der Medizinischen

Fakultät der Universität Hamburg

Prüfungsausschuss, der Vorsitzende: Prof. Dr. Hendrik van den Bussche

Prüfungsausschuss: 2. Gutachter/in: Prof. Dr. Monika Bullinger

Prüfungsausschuss: 3. Gutachter/in: Prof. Dr. Olaf von dem Knesebeck

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	7
1.1	Einführung in die Thematik.....	7
1.2	Allgemeine Aspekte der Allgemeinmedizin bei Patienten mit Migrantenhintergrund	8
1.2.1	Information und Kommunikation.....	9
1.2.2	Stress als Gesundheitsfaktor bei Migranten.....	10
1.2.3	Psychische Erkrankungen.....	11
1.3	Forschungsstand.....	11
1.3.1	Entwicklung der Ausdifferenzierung der Migranten als eigene Patientengruppe	12
1.3.2	Migration als psychische Belastung	13
1.3.3	Spezielle Patientengruppen innerhalb der Migranten	14
1.3.4	Medizinische Migrantenversorgung und universitäre Ausbildung	15
1.4	Fragestellung	15
2	Material und Methode	17
2.1	Rekrutierung der Studienteilnehmer	17
2.2	Studiendurchführung	18
2.3	Statistische Methoden	19
2.4	Fragebogen.....	20
3	Ergebnisse	22
3.1	Allgemeine Angaben zu den Patienten.....	22
3.1.1	Geschlecht und Nationalität	22
3.1.2	Alter	23
3.1.3	Schulbildung	24
3.1.4	Weg nach Deutschland und Aufenthaltsdauer	25
3.1.5	Aufenthaltsstatus	27
3.1.6	Berufsausbildung	27
3.1.7	Berufstätigkeit	28

3.1.8	Familienstand	29
3.1.9	Deutsche Sprachkenntnisse	30
3.2	Gesundheitsstatus	31
3.2.1	Chronische Erkrankungen.....	31
3.2.1.1	Kumulierte Krankheiten und Geschlecht	33
3.2.1.2	Kumulierte Krankheiten und Alter.....	33
3.2.1.3	Kumulierte Krankheiten und Aufenthaltsstatus.....	34
3.2.1.4	Kumulierte Krankheiten und Schulbildung.....	35
3.2.1.5	Kumulierte Krankheiten und Berufsbildung	35
3.2.1.6	Kumulierte Krankheiten und ausgeübter Beruf.....	36
3.2.2	Beschwerden	36
3.2.2.1	Kumulierte Beschwerden und Geschlecht.....	39
3.2.2.2	Kumulierte Beschwerden und Alter	39
3.2.2.3	Kumulierte Beschwerden und Aufenthaltsstatus	40
3.2.2.4	Kumulierte Beschwerden und Schulbildung	40
3.2.2.5	Kumulierte Beschwerden und Berufsbildung.....	41
3.2.2.6	Kumulierte Beschwerden und ausgeübter Beruf	42
3.2.3	Medikamenteneinnahme.....	42
3.2.3.1	Kumulierter Medikamenten-Konsum und Geschlecht.....	44
3.2.3.2	Kumulierter Medikamenten-Konsum und Alter	44
3.2.3.3	Kumulierter Medikamenten-Konsum und Aufenthaltsstatus ...	45
3.2.3.4	Kumulierter Medikamenten-Konsum und Schulbildung	46
3.2.3.5	Kumulierter Medikamenten-Konsum und Berufsbildung.....	46
3.2.3.6	Kumulierter Medikamenten-Konsum und ausgeübter Beruf ...	47
3.2.4	Arztbesuche.....	47
3.3	Allgemeines psychisches Befinden	48
3.4	Selbsteinschätzung der Gesundheit	49
3.4.1	Allgemeine Angaben zur Selbsteinschätzung	50

3.4.2	Detaillierte Aussagen zur Selbsteinschätzung der Gesundheit	51
3.4.2.1	Selbsteinschätzung der Gesundheit und psychisches Befinden.	51
3.4.2.2	Selbsteinschätzung der Gesundheit und kumulierte Krankheiten	53
3.4.2.3	Selbsteinschätzung der Gesundheit und kumulierte Beschwerden	54
3.4.2.4	Selbsteinschätzung der Gesundheit und kumulierter Medikamenten-Konsum	55
3.4.2.5	Selbsteinschätzung der Gesundheit und Anzahl der Arztbesuche	56
4	Diskussion	58
4.1	Patienten mit Migrantenhintergrund in Deutschland	58
4.1.1	Gesellschaftliche Integration	58
4.1.2	Soziale Ungleichheit und Gesundheit	59
4.1.3	Gesundheitsbelastungen	60
4.1.4	Spezifische Belastungen für Migrantinnen	61
4.2	Spezielle Aspekte bei Patienten aus Afghanistan, Indien und Pakistan	61
4.2.1	Einfluss der Religion	62
4.2.2	Medizinische Versorgung in den Herkunftsländern	63
4.2.3	Medizinische Betreuung von Kindern	63
4.2.4	Volksmedizinische Erklärungsmuster	64
4.3	Vergleich bisheriger Untersuchungen mit den ermittelten Ergebnissen	64
4.3.1	Aufenthaltsstatus	65
4.3.2	Besuchshäufigkeit beim Arzt	65
4.3.3	Gesundheitliche Selbsteinschätzung	65
4.3.4	Bedeutung des psychischen Wohlbefindens	66
5	Zusammenfassung	67
6	Literaturverzeichnis	69
7	Anhang	75

7.1	Abkürzungsverzeichnis	75
7.2	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	75
7.3	Fragebogen.....	78
8	Danksagung	84
9	Lebenslauf	85
10	Eidesstattliche Versicherung	87

1 Einleitung

1.1 Einführung in die Thematik

Deutschland hat sich in den letzten Jahrzehnten immer mehr zum Einwanderungsland entwickelt. Insbesondere seit der politischen „Wende“ 1989 hat die Zahl der Einwanderer sowohl aus dem Raum des ehemaligen „Ostblocks“ als auch aus den Ländern des Mittleren Ostens erheblich zugenommen. Diese Tatsache wird nach ausführlichen und langjährigen Diskussionen mittlerweile auch von den politischen Parteien in Deutschland anerkannt.

Der Prozess der fortlaufenden Aufnahme und Intergration neuer Mitbürger aus ganz unterschiedlichen Ländern führt zu einer ständigen wirtschaftlichen, sozialgesellschaftlichen und technologischen Umwandlung, die einen erheblichen Einfluss auf alle Lebens- und Arbeitsbereiche hat. Die Änderungen der deutschen Gesellschaft und der immer neuen kulturellen Zusammensetzung ihrer Bevölkerung wirkt sich nicht nur auf gesellschaftliche und wirtschaftliche Aspekte aus, sondern erfordert auch von den Dienstleistungsbereichen, wie z.B. der medizinischen Versorgung in Praxen und Kliniken, Anpassungen (Ghaeni 1999). Dies gilt u.a. für gesetzliche und wirtschaftliche Regelungen hinsichtlich einer sozial gerechten und von den Krankenkassen langfristig tragbaren Finanzierbarkeit der anfallenden Kosten. Die in den vergangenen Jahrzehnten angefallenden Staatsschulden und die hohen Haushaltsdefizite auf allen Ebenen der öffentlichen Hand führen zu einem immer stärker zunehmenden Druck auf die Gesundheitskassen, Kosten zu reduzieren. Regelungen wie z. B. die Budgetierung, die einen Finanzrahmen für alle Kliniken und Praxis in Deutschland vorgeben, sollen ein wirtschaftliches Handeln aller gewährleisten (Razum et al. 2004).

Aktuell machen in deutschen Kliniken Patienten aus anderen Kulturen im Durchschnitt einen Prozentsatz von 30 % aus, und es ist zukünftig mit einer weiteren Zunahme zu rechnen (Dreißig 2005). Zu diesem Kreis gehören auch ca. 60.000 Patienten, die pro Jahr aus dem Ausland extra für eine Behandlung nach Deutschland kommen, die sog. "Medizintouristen" (Flatten 1994). Heute dient die Behandlung dieser "Medizintouristen" mehr als Nebenverdienst zum Ausgleich von Defiziten im Budget, aber in Zukunft könnte die Behandlung von Patienten aus dem Ausland eine

neue Perspektive für die Finanzierung von Kliniken und Praxen darstellen (Knipper/Akinci 2005).

Vor diesem Hintergrund sind bei der medizinischen Versorgung auch verstärkt Patienten aus anderen Kulturen und Traditionen mit ihren individuellen Bedürfnissen zu berücksichtigen. Diese haben oft aufgrund ihrer besonderen Lebensumstände und Herkunftsländer eine andere Wahrnehmung hinsichtlich ihres körperlichen Wohlbefindens und der Beschreibung ihrer Krankheitsbilder. Daraus resultieren nicht nur z. B. Verständigungsschwierigkeiten zwischen dem behandelnden Arzt und dem Patienten. Bei diesen Patienten ist darüber hinaus zu berücksichtigen, dass sie sich in dem Spannungsfeld zweier unterschiedlicher Kulturkreise und Wertesysteme befinden. Diese bestehen auf der einen Seite aus den Herkunftsländern aus den „mitgebrachten“ Traditionen und Vorstellungswelten und auf der anderen Seite aus den westlichen Anschauungen, woraus sich eine spezielle Herausforderung u. a. im Bereich der medizinischen Versorgung dieser Mitbürger mit „Migrantenhintergrund“ ergibt.

Diese Konfliktsituation unter besonderer Berücksichtigung der sich ergebenden Änderungen in der Lebensweise (Arbeitswelt, Stellung der einzelnen Familienmitglieder etc.) hat ggf. bei den „neuen“ Mitbürgern spezifische gesundheitliche und mentale Auswirkungen zur Folge. Hieraus können sich spezielle Krankheitsbilder und deren -wahrnehmung herausbilden. Der behandelnde Arzt sollte sich dieser Konstellation bewusst sein, um eine treffende Diagnose und eine erfolgreiche Behandlung realisieren zu können.

1.2 Allgemeine Aspekte der Allgemeinmedizin bei Patienten mit Migrantenhintergrund

Menschen mit Migrationshintergrund haben aus systemischen und/oder individuellen Gründen oftmals einen schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung als die Mehrheitsbevölkerung (Kap. 1.2.1). Darüber hinaus sind weitere spezifische Faktoren zu berücksichtigen, z.B. spezifischer Stress bei Migranten bzw. psychische Erkrankungen (vgl. Kap. 1.2.2 und 1.2.3).

1.2.1 Information und Kommunikation

Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient erfolgt im Rahmen der medizinischen Versorgung im wesentlichen in deutscher Sprache. Fehlende oder nur lückenhafte Sprachkenntnisse auf Seiten der Patienten für die verschiedenen gesundheitlichen und medizinischen Belange führen zu erheblichen Verständigungsproblemen zwischen Arzt und Patient. In den Praxen werden medizinische Angebote und Leistungen i.d.R. in deutscher Sprache offeriert und auf visuelle Hilfen verzichtet, so dass deren Inhalt von den Betroffenen demnach kaum erschlossen werden kann. Auch ist der Faktor Bildung unter besonderer Berücksichtigung der Analphabetentums zu berücksichtigen (Hagemann 2002). Dieser Aspekt spielt z.B. bei der Diagnostik eine große Rolle. Detaillierte Fragen zu einzelnen Organen, deren Existenz und Funktion dem Patienten nicht bekannt sind, sind damit nicht zielführend und müssen auf andere Weise geklärt werden.

Daneben spielt das teilweise erhebliche Ehrbedürfnis bzw. das vorhandene Schamgefühl bei der Kommunikation zwischen Arzt und Patienten eine erhebliche Rolle. Deshalb werden häufig medizinische Erläuterungen, die aufgrund bestehender Sprachschwierigkeiten nicht verstanden werden, vom Patienten nicht nachgefragt. Selbst wenn der behandelnde Arzt sich erkundigt, ob der Betroffene alles verstanden hat, wird diese Frage oft entgegen den Tatsachen positiv beantwortet (C. Tuschinsky 2002).

Aspekte der Ehre sind auch bei der Einbeziehung der Familie des Patienten zu berücksichtigen. Dies gilt insbesondere für stark patriarchalisch geprägte Gesellschaften. So treten muslimische Frauen z.B. gegenüber fremden Männern – auch dem behandelnden Arzt – möglichst reserviert auf (Kürsat-Ahlers 1985). Daraus resultiert zugleich, dass zunächst der Mann sich als ersten Ansprechpartner versteht, der Fragen beantwortet und bei den Untersuchungen zugegen sein will. Dabei bietet bereits die Körpersprache des Arztes und das Entstehen von Blickkontakt zu einer Patientin wesentliches Konfliktpotenzial bei anstehender Indikation und Therapie, da dies vom anwesenden Ehemann fehlgedeutet werden kann (Korporal 1985).

Eine fehlende Informationsbasis bei Menschen mit Migrationshintergrund wirkt sich nicht nur negativ auf die Kommunikation zwischen Arzt und Patient aus. Sie führe außerdem zu einer nur geringen Nutzung bestehender Angebote der Prävention, Beratung und Therapie (Becker et al. 1998). So besteht z.B. bei Migrantenkinder eine wesentlich niedrigere Durchimpfungsquote als bei deutschstämmigen Kindern und auch die Schwangerenversorgung ist reduziert (Dreißig 2005). Außerdem werden

unwissentlich „Regelverstöße“ begangen, indem z.B. im Krankheitsfall häufig direkt ein Krankenhaus aufgesucht wird, ohne vorher den zuständigen Hausarzt zu konsultieren (BBA 2000).

Insgesamt unterscheidet sich das mitteleuropäische Medizinverständnis wesentlich von anderen Nationen und Kontinenten. Die hiesige Medizin basiert im wesentlichen auf einer naturwissenschaftlichen Sichtweise. In anderen Ländern steht dagegen ein ganzheitlicher Gesundheitsansatz im Zentrum, der den menschlichen Körper als Einheit betrachtet, der in medizinischen Fragen nicht weiter differenziert wird (Elkles/Seifer 1996).

1.2.2 Stress als Gesundheitsfaktor bei Migranten

Die Beurteilung der eigenen Gesundheit wird von jedem einzelnen Individuum selbst bewertet. Eine wesentliche Rolle auf das körperliche Befinden spielt der Einfluss von Stress. Neben den alltäglichen stressbedingten Belastungen, denen jede Person in einer Gesellschaft ausgesetzt ist, sind Personen mit Migrantenhintergrund aufgrund Ihrer Abstammung zusätzlichen Stressfaktoren ausgesetzt.

So gilt z. B. für Arbeitsmigranten, dass diese durch ihre Arbeitsbedingungen besonderen physischen und psychischen Bedingungen wie Lärm, Kälte, Staub und anderen Faktoren unterliegen. Weitere Belastungen ergeben sich durch eine schlechtere Wohnqualität und eingeengte -verhältnisse im Wohnumfeld, wodurch eine geistige Erholung oft nur schwer ermöglicht wird. Aufgrund bestehender Verständigungsschwierigkeiten können auch Alltagssituationen auf der Straße oder bei Behörden-gängen schnell zu unangenehmen Situationen werden (Brucks 2004).

Personen mit Migrantenhintergrund unterliegen damit viel eher der Gefahr, Stress nicht mehr kompensieren zu können. Dies kann zu einer Dekompensation führen, also dem Zustand körperlicher Erschöpfung bzw. seelischer Depression. Auslöser ist häufig ein konkreter Anstoß, durch den die betroffene Person aus dem Gleichgewicht geworfen wird und durch fehlende Ausgleichsmöglichkeiten verbleibt (Brucks 2004). Insbesondere wenn die Betroffenen erkennen müssen, dass deren Lebensplan, d.h. die Gewährleistung einer gesicherten Existenz im Lebensabend, innerhalb der deutschen Gesellschaft nicht realisiert werden kann, führt zu einer „Bilanzierungskrise“, die hauptsächlich im mittleren Lebensabschnitt aufkommt und zu massiven gesundheitlichen Störungen führen kann (Brucks 2004).

Zu weiterem andauerndem Stress führt die bestehende Lebenssituation von Personen mit Migrantenhintergrund, die sich in Deutschland in einer für sie unvertrauten Umgebung und Rechtssprechung bewegen. Sie haben damit oftmals ein stärkeres Gefühl des Unerwünschtseins oder Bedrohtseins aus der einheimischen Bevölkerung heraus. Aus Furcht vor einem Verlust des Arbeitsplatzes oder einer ggf. möglichen Ausweisung scheuen sie den Arztbesuch und verschleppen eher aufkommende Krankheiten. Gerade diese spezifischen somatischen Stressfaktoren sind bei einer medizinischen Betreuung von Patienten mit Diagnostik und Behandlung zu berücksichtigen (Brucks 2004).

1.2.3 Psychische Erkrankungen

In vielen Kulturkreisen sind psychische Erkrankungen verpönt und werden deswegen auch innerhalb betroffener Familien nicht besprochen. Zwar wird häufig akzeptiert, dass sich psychische Belastungen somatisch auswirken können, in diesen Fällen wird vom Patienten jedoch eine organische Behandlung erwartet. Psychotherapeutische Maßnahmen werden dagegen nicht angenommen und entschieden zurückgewiesen (Brucks 2004).

1.3 Forschungsstand

Personen mit Migrantenhintergrund als Patientengruppe mit speziellen Gesundheitsrisiken und -anforderungen werden in Deutschland erst seit Mitte der 1980er Jahre wahrgenommen. Mit dem „Wirtschaftswunder“ nach dem 2. Weltkrieg wurden zunächst aus den mediterranen Ländern sogenannte „Gastarbeiter“ angeworben, um in Deutschland insbesondere im Niedriglohnbereich zahlreiche Aufgaben zu übernehmen. Zunächst kamen diese neuen Mitbürger aus den Ländern Italien, Spanien und Portugal, später insbesondere aus Jugoslawien und der Türkei. Das von Deutschland geförderte Anwerben dieser Arbeitskräfte lief 1973 mit dem Aufkommen der Wirtschaftskrise aus (Flatten 1994).

Außerdem sind Wanderungsströme aus nicht-europäischen Ländern seit Mitte der 70er Jahre zu beobachten, die aufgrund von politischer Verfolgung oder in der Hoffnung auf eine bessere wirtschaftliche Zukunft nach Mitteleuropa kommen.

Die neuen Mitbürger wurden über Jahrzehnte bei gesundheitlichen Beschwerden wie die einheimische Bevölkerung versorgt. Erst im Verlauf der insgesamt erfolgreichen Integration der verschiedenen Personengruppen erfolgte eine differenzierte Herangehensweise an diese Patienten (vgl. Kap. 1.3.1).

1.3.1 Entwicklung der Ausdifferenzierung der Migranten als eigene Patientengruppe

Aus medizinischer Sicht erfolgte bis Anfang der 1980er Jahre keine wesentliche Differenzierung zwischen Deutschen und Migranten.

In den Folgejahren wurde anhand verschiedener Untersuchungen deutlich, dass Migranten besondere Erscheinungsmuster in gesundheitlichen Fragen aufweisen. So wiesen z.B. Oppen et al. 1984 nach, dass Migranten in Deutschland eine deutliche höhere Arbeitsunfähigkeitsrate haben, eine Beobachtung, die sich im Wesentlichen mit den Erfahrungen der ärztlichen Praxis deckt (Kielhorn 1984). Die grobe Gliederung nach den 17 Gruppen der 'Internationalen Klassifikation der Krankheiten' (ICD) weist für Frauen und Männer Erkrankungen der Atmungsorgane, Verdauungsorgane und des Bewegungsapparates als ausschlaggebend für den höheren Krankenstand der Ausländer aus (Gesundheitsbericht des Bundes 2008).

Bereits Mitte der 1980er Jahre erfolgte ein sehr spezifische Sichtweise auf Migranten. Dies zeigt sich in der Tatsache, dass z.B. Migrantinnen als eigenständige Patientengruppe beobachtet wurden (siehe Kap. 1.3.3). Gleichzeitig traten z.B. besondere migrantenspezifische Aspekte zu Arzneimittelverordnungen, physikalische Therapie, Heilverfahren und Rehabilitation ins Bewusstsein, welche bei der medizinischen Versorgung zu berücksichtigen sind (Korporal 1985).

In der weiteren Entwicklung wurden zum einen spezielle therapeutische und finanzpolitische Aspekte in den Vordergrund gerückt. So entwickelte Collatz 1991 ein erstes Konzept für ein ethnomedizinisches Zentrum als Ansprechpartner für ausländische Patienten mit Problemen im deutschen Gesundheitssystem (Collatz 1992). Berücksichtigt wurden dabei Besonderheiten der Sozialanamnese, um das Schmerzverständnis der ausländischen Bürger zu ermitteln. Bereits in dieser Konzeption wurde auch auf die Schwierigkeiten hingewiesen, die sich ergeben, wenn Sprachbarrieren die Kommunikation weiter behindern und die Beschreibung von Symptomen sowie Behandlungsmethoden verkompliziert wird.

Zum anderen wurde die Beobachtung diskutiert, dass bei Patienten mit Migrationshintergrund stark von der deutschen Bevölkerung abweichende Gesundheits- und Krankheitswahrnehmungen zu verzeichnen sind. Mittels statistischer Untersuchungen wurde ermittelt, dass ausländische Patienten seltener zum Arzt gehen als Deutsche, bei denen auch die Zahl der Anlässe für einen Arztbesuch höher war als bei Migranten (Flatten 1994).

1996 konnte Aratow bei einer Untersuchung an deutschen und türkischen Patienten mit dem Krankheitsbild chronische Polyarthritits Unterschiede nachweisen, die als kulturspezifisch interpretiert wurden. Bei türkischen Patienten war die Schmerzstärke bei chronischer Polyarthritits mit weitgreifenden Faktoren wie Stress, seelische Störungen u.ä. und damit nicht rein medizinisch zu erklären (Aratow 1996).

Weitere notwendige Betrachtungsfelder bei der medizinischen Versorgung sind religiöse Aspekte, da z.B. muslimische Patienten den Krankheitsbegriff oft aus der Sicht des Korans und der Sunna sehen, wonach Krankheit als Prüfung Gottes gedeutet wird. Dabei bilden die beiden theologischen Begriffe *gadar* (göttliche Vorherbestimmung, Prädestination, Schicksal) und *jawgto* (Gottvertrauen) für das Krankheitsverständnis eine wesentliche Rolle (Ilkilic 2002). Insgesamt können Schulungen von Patienten mit Migrationshintergrund helfen, Hürden bei der medizinischen Versorgung abzubauen, da sich die Patienten eher angenommen fühlen und auf medizinische Betreuung und auch Beratung besser eingehen (Wurzbacher 2003).

1.3.2 Migration als psychische Belastung

Veränderungen im persönlichen Umfeld führen zu psychischen Belastungen. Dies gilt insbesondere für Migranten, die aus ihrer gewohnten Umwelt herausgerissen werden und sich in ihrer neuen Heimat zurechtfinden müssen. Selbst die eigentliche Wanderungsbewegung bildet einen Stressfaktor, der nicht selten zu psychischen Krisen führen kann. Insbesondere drei Phasen der Migration stellen bedeutende sensible Phasen für psychische Krisen dar: Die Migration im Alter der Pubertät, die Ankunftsphase im Gastland und die „Bilanzierungskrise“ im mittleren Lebensalter. Diese Aspekte wurden noch in der jüngeren Vergangenheit nicht bei der medizinischen Versorgung berücksichtigt (Brucks 2004). Vorher war lediglich auf einzelne spezifische Belastungen z.B. durch Rassismus und Ausländerfeindlichkeit und von Armutsdiskriminierung in Verbindung mit Migration eingegangen worden (Collatz 1992; Elkeles 1996).

Mittlerweile wird stärker berücksichtigt, dass eine intensive Verflechtung gesellschaftlich-politischer, psychosozialer, körperlicher und letztendlich soziokulturell- und migrationspezifischer Problemhintergründe und Bedingungen das Gesundheitsempfinden mit bestimmen. Migrationsgeschichte, -status und Zukunftserwartungen in der Migration schlagen sich deutlich in Belastungen, Bewältigungsanstrengungen und Erkrankungen der Betroffenen nieder, weil es mit geringen Ressourcen an Verarbeitungsmöglichkeiten individueller, familiärer und soziokultureller Art in vielen Fällen zu einem Scheitern der Bewältigung der Migrationssituation führt (Dettmers 2002; Zarifoglu 2006). In neuesten Untersuchungen ist nun auch die Wanderung und deren gesundheitlichen Auswirkungen innerhalb Deutschlands ein Untersuchungsbereich (Albani et al. 2006).

1.3.3 Spezielle Patientengruppen innerhalb der Migranten

Migranten stellen keine homogene Gruppe dar. Sie lassen sich z.B. aufgrund ihrer Herkunft oder Religion in verschiedene Gruppen differenzieren. Aber auch darüber hinaus sind weitere Unterscheidungen erforderlich. So wurden bereits frühzeitig die spezifischen Unterschiede zwischen den Geschlechtern oder zu Kindern und Jugendlichen herausgestellt. Bezüglich der medizinischen Versorgung von Migrantinnen wurden die Untersuchungen insbesondere von Autorinnen (z. B. E. Kürsat-Ahlers oder Z. Ghaeni) vorangetrieben, die selbst als Personen mit Migrantenhintergrund Betroffene sind.

So konnte z.B. eine bestehende schlechtere medizinische Vorsorge bei schwangeren Migrantinnen im Vergleich zu einheimischen Frauen nachgewiesen werden, wonach zum einen Migrantinnen die Vorsorgemöglichkeiten seltener in Anspruch nehmen. Zum anderen fällt aber auch die Qualität der Schwangerenvorsorge deutlich schlechter aus als bei deutschen Frauen (Kürsat-Ahlers 1985). Die zahlreichen Untersuchungen zur gesundheitlichen Situation von Migrantinnen in Deutschland sind auch ein politisch gefördertes Thema, was die vorliegenden detaillierten Analysen begründet (z.B. Weilandt et al. 2003).

Aber auch männliche Migranten stellen eine spezifische Patientengruppe dar. So zeigt sich häufig, dass entsprechend einem traditionellen Verständnis der Männlichkeit Krankheit als Schwäche und Hilflosigkeit verstanden wird, die nicht zum männlichen Selbstbild passt und deshalb verdrängt wird (Lenz 2006).

Kinder und Jugendliche sind ebenfalls spezifisch zu sehen, die sich in ihrer neuen Heimat oft im Spannungsfeld zwischen der Tradition ihres Herkunftslandes und den neuen kulturellen Eindrücken finden. Hierbei zeigen sich erhebliche Unterschiede bei dem Bildungsstand bzw. der besuchten Schulform Haupt-, Realschule oder Gymnasium (Borde, David 2005). Die psychischen Belastungen und Entwicklungsrisiken von Einwandererkindern werden seit längerem untersucht (z.B. Poustka 1984, Steinhausen 1982, Steinhausen/Remerschmid 1982). Die Intensität der Analysen hält dabei weiter an.

1.3.4 Medizinische Migrantenversorgung und universitäre Ausbildung

Traditionell wird in Deutschland der Schwerpunkt bei der universitären Ausbildung angehender Mediziner auf die Aspekte Diagnostik und Therapie gelegt. Dabei nimmt die klassische Medizin kaum eine Differenzierung zwischen Deutschstämmigen und Migranten vor.

Diese starre Form der Ausbildung wird jedoch mittlerweile etwas aufgelöst und von den Lehreinrichtungen aufgeweicht. So wurde an der Universität Gießen im Jahre 2004 zum ersten Mal ein Seminar zum Themengebiet „Migrationsmedizin“ angeboten (Knipper, Akinci 2005). Seit Frühjahr 2008 bietet auch das Institut für Allgemeinmedizin der Universität Hamburg eine Veranstaltung „Interkulturelle Kompetenz“ an. Auf diese Weise werden die besonderen Belange von Migranten vermittelt, was später eine bessere medizinische Versorgung ermöglicht.

1.4 Fragestellung

In der vorliegenden Arbeit soll der Frage nachgegangen werden, aus welchen Anlässen sich Patienten mit „Migrantenhintergrund“ in Deutschland hausärztlich versorgen lassen und welche spezifischen Wahrnehmungen aus dem Lebensalltag – Krankheitsbilder, -vorstellungen, Behandlungserwartungen – ihr gesundheitliches Empfinden beeinflussen. Gleichzeitig soll ein möglicher Zusammenhang zu den gesundheitlichen Beschwerden hergestellt werden. Auf diese Weise wird überprüft, welche Faktoren die Lebensqualität der Patienten beeinträchtigen. Dabei liegt der Schwerpunkt auf Patienten aus Afghanistan, Indien und Pakistan.

Aktuell liegt in Hamburg eine Untersuchung zur medizinischen Versorgung von afghanischen Migranten in Deutschland vor, bei welcher die Auswirkungen von Stress durch die Integration der Probanden analysiert wurden (Rahimzei 2007). Die vorliegende Arbeit stellt damit eine Erweiterung dieser ersten, spezifisch auf Personen aus dem Mittleren Osten bezogene Untersuchung dar.

Der zu untersuchende Personenkreis aus den 3 Ländern des Mittlern Ostens bringt unterschiedliche Voraussetzungen mit. So war zu erwarten, dass die Migranten aus Afghanistan aufgrund der seit 1978 andauernden Kriegssituation im eigenen Land eher als Flüchtlinge nach Deutschland kamen (Lipson/Omidan 1992). Bei den Patinerten aus Indien und Pakistan könnten dagegen eher ökonomische Interessen eine Rolle gespielt haben.

2 Material und Methode

2.1 Rekrutierung der Studienteilnehmer

Ziel der Untersuchung war die Ermittlung der Krankheitsbilder und -wahrnehmung afghanischer, indischer und pakistanischer Patienten in Deutschland sowie ein Vergleich der einzelnen Länder. Als Datenbasis wurden Patienten aus diesen Ländern berücksichtigt, die seit ca. 1960 bis heute aus unterschiedlichen Gründen nach Deutschland immigriert sind und seitdem einen Teil der deutschen Gesellschaft bilden.

Basis für die Untersuchung bildete die Allgemeinarztpraxis des Autors. Diese befindet sich im Großraum Köln in einem Stadtteil mit einem hohen Bevölkerungsanteil mit Migrationshintergrund. Bedingt durch den in Deutschland seit 40 Jahren einhergehenden Niederlassungsprozess vom Immigranten aus verschiedenen Länder lassen sich innerhalb dieser Gruppe darüber hinaus Differenzierungen im Hinblick auf unterschiedliche Aufenthaltsdauer, Migrationsstatus, Kenntnisse der deutschen Sprache u. a. vornehmen, die Beobachtungen zu Einflussfaktoren und Entwicklungen herauskristalisieren. Aufgrund der Patientenstruktur innerhalb der eigenen Praxis wurde der Schwerpunkt auf die Herkunftsländer Afganistan, Indien und Pakistan gelegt. Um eine größere Datenbasis zu erhalten wurden zusätzlich zwei benachbarte Arztpraxen einbezogen. Alle befragten Personen leben im Großraum Köln und gehören unterschiedlichen Religionen an. Die Befragung erfolgte ausschließlich auf freiwilliger Basis.

Insgesamt wurden mehr als 450 Patienten (jeweils mindestens 150 Patienten aus einem der genannten Länder) konsekutiv in die Studie aufgenommen. Der Erhebung erfolgte im Zeitraum September 2006 bis Februar 2007. Die Mitwirkungsbereitschaft der Patienten konnte insgesamt als sehr gut eingeschätzt werden. Auch vom Schwierigkeitsgrad der Fragen her erwies sich der Fragebogen für die Untersuchung als geeignet an, da entsprechend dem gewählten Vorgehen die Probanden ausreichend Zeit hatten, die einzelnen Fragen zu verstehen und zu beantworten.

Tabelle 1: Verteilung der Patienten auf die einbezogenen Praxen

	Nationalität		
	afghanisch	indisch	pakistanisch
Praxis 1	22	101	97
Praxis 2	75	20	30
Praxis 3	60	33	21
Summe	157	154	148

Die Datenerhebung erfolgte mittels Fragebogentechnik (vgl. Kap. 2.4). Dabei wurden zu jedem Herkunftsland mindestens 150 Patienten (Afghanistan n = 157, Indien n = 154, Pakistan n = 148) im Alter vom 20. bis 80. Lebensjahr in die Studie aufgenommen.

In einem ersten Gespräch wurde den Patienten zunächst der Hintergrund und die Zielrichtung der Untersuchung erläutert. Die Zustimmung der Patienten wurde vor der Zuteilung der Fragebögen schriftlich eingeholt. In diesem Rahmen wurde auch auf das grundlegende Vorgehen zum Ausfüllen des Fragebogens beschrieben. Anschließend nahmen die Probanden den Fragebogen mit nach Hause, um ihn dort allein oder – insbesondere bei bestehenden sprachlichen Schwierigkeiten – mit Hilfe von Angehörigen auszufüllen. Bei der nächsten Visite in der jeweiligen Arztpraxis wurden die ausgefüllten Bögen schließlich eingesammelt.

2.2 Studiendurchführung

Zur Erhebung auswertbarer Daten wurde ein standardisierter Fragebogen in deutscher Sprache entwickelt, der aus insgesamt 6 Seiten besteht (vgl. Kap. 2.4).

Der Erhebung erfolgte im Zeitraum September 2006 bis Februar 2007. Die Mitwirkungsbereitschaft der Patienten konnte insgesamt als sehr gut eingeschätzt werden. Nur ca. 2 % der Patienten verweigerten die Beantwortung des Fragebogens. Auch vom Schwierigkeitsgrad der Fragen her erwies sich der Fragebogen als für die Untersuchung als geeignet an, da sie entsprechend dem gewählten Vorgehen die Probanden ausreichend Zeit hatten, die einzelnen Fragen zu verstehen und zu beantworten bzw. sich dafür Hilfe zu holen.

Ein Großteil der befragten Patienten besaß nicht die deutsche Staatsangehörigkeit und ist erst seit relativ kurzer Zeit in der Bundesrepublik Deutschland ansässig (vgl.

Kap. 3.1.5). Die sich daraus ergebenden fehlenden Kenntnisse der deutschen Sprache führten dazu, dass die Fragebögen teilweise lückenhaft ausgefüllt wurden. In diesen Fällen wurde falls möglich nachgefragt, um zumindest Angaben zu den Grunddaten wie Alter, deutsche Sprachkenntnisse, Bildungsgrad, Sozialstatus und Erkrankungsart zu erhalten. Daneben wurden auch die Daten zum sozialen Umfeld und zum Integrationsgrad in die hiesige Gesellschaft, zur subjektiven Lebenszufriedenheit, psychischen Befindlichkeit, subjektiven Ursachentheorien zur aktuellen Erkrankung, sowie zu Aspekten der Zufriedenheit der Patienten an das Gesundheitssystem in Deutschland verifiziert. Dieses Nachfragen erfolgte in den einzelnen Praxen durch den jeweils behandelnden Arzt bei der Abgabe des Fragebogens, wobei mit der gebotenen Vorsicht vorgegangen wurde, um eine Beeinflussung der jeweiligen Personen zu vermeiden, was zu einer Verfälschung der erfassten Daten geführt hätte.

2.3 Statistische Methoden

Die Daten des Fragebogens wurden in das Programm MS Access eingegeben. Hierzu wurde jedem ausgefüllten Fragebogen eine Satznummer zugeordnet. Anschließend erfolgte eine Datenmigration. Sämtliche Berechnungen und statistischen Analysen erfolgten mit MS Excel 2003 im Betriebssystem WindowsXP und dem Excel-AddIn XLStat, Version 2007.

Zur Erstellung von Durchschnittswerten wurde die Mittelwert-Methode (Summe aller Werte durch ihre Anzahl) verwendet. Das Ergebnis ist ein Durchschnittswert, stellvertretend für die verschiedenen errechneten Werte.

Um eine Zusammenhangs- und Signifikanzanalyse hinsichtlich der Patientengruppen zu erstellen, wurden jeweils Chi-Quadrat-Tests nach Sachs durchgeführt und interpretiert. Auf diese Weise konnte nachvollzogen werden, ob signifikante Abweichungen von einer Zufallsverteilung auftreten, d. h. welche Häufigkeiten deutlich größer oder kleiner als – unter Annahme einer Zufallsverteilung – zu erwarten sind.

Intervall-skalierte Werte (wie z. B. Selbsteinschätzung Gesundheit) wurden mit dem Kruskal-Wallis-Test (entspricht Rang-Varianzanalyse) auf Unterschiede im mittleren Wert der drei Nationalitäten geprüft. Dieser Test stellt ein nicht-parametrisches Verfahren für den Mehr-Gruppen-Vergleich dar, der dann angewendet werden kann, wenn die Voraussetzungen für eine Varianzanalyse (nämlich Normalverteilung der Daten) nicht gegeben sind.

2.4 Fragebogen

Mit Hilfe eines 6-seitigen Fragebogens sollten relevante Fragestellungen zur Krankheitswahrnehmung aus der Sicht des Allgemeinmediziner sowie zur Patientenaufklärung erhoben werden. Diese Ergebnisse sollten Aufschlüsse zur sprachlichen Verständigung zwischen Patienten und dem Hausarzt sowie dem Verständnis gestellter Diagnosen und medizinischer Maßnahmen liefern.

Aufgrund der Heterogenität der zu erwartenden Antworten bzgl. der Krankheitsbilder und -wahrnehmung wurde der Fragebogen in einer standardisierten Form mit größtenteils geschlossenen Fragen konzipiert. Insgesamt wurde darauf geachtet, die Fragen und vorgegebenen Antworten einfach zu halten, um mögliche Sprachprobleme gering zu halten. Dies ermöglichte anschließend darüber hinaus eine bessere Erfassung der Daten sowie deren statistische Auswertung und Vergleichbarkeit.

Insgesamt kann der verwendete Fragebogen in 3 Abschnitte unterteilt werden. Der erste Abschnitt (Seite 1 und 2 des Fragebogens, vgl. Anhang 7.3) besteht aus 13 Einzelaspekten. Ziel dieser Fragen war es, ausführliche soziodemographische Grunddaten zu den befragten Patienten zu erhalten, um die Untersuchungen zu Gesundheit und Wahrnehmung besser interpretieren zu können. Erhoben wurden insbesondere persönliche Angaben wie Alter, Geschlecht, Familienstand, Schulbildung sowie Berufswahl. Die Sprachkenntnisse wurden mittels einer Selbsteinschätzung der befragten Personen bzgl. den Aspekten Sprechen, Lesen und Schreiben einbezogen. Diese Daten können Aufschlüsse darüber geben, ob sich die in Deutschland verfügbaren und ggf. genutzten Informationsmöglichkeiten auf das Wohlbefinden von Migranten auswirken. Darüber hinaus wurden auch die Dauer des Aufenthaltes in Deutschland, der Aufenthaltstatus und die Einreiseform berücksichtigt, da diese Punkte ggf. wesentliche Auswirkungen auf die jeweilige Gesundheitswahrnehmung haben können.

In Abschnitt B wurde mit Hilfe von 4 Fragen (Fragebogen Seite 2 unten sowie Seite 3, vgl. Anhang 7.3) der allgemeine Gesundheitszustand erhoben. Abgefragt wurden bestehende chronische Erkrankungen, die Verwendung von Medikamenten und vorhandene Beschwerden. Zu den einzelnen Fragen wurden jeweils Antworten vorgegeben und zusätzlich die Möglichkeit eingeräumt, weitere Punkte zu nennen. Außerdem wurde die Häufigkeit der Arztbesuche in einem Jahr erhoben. Insgesamt wurden damit in Abschnitt B die Grunddaten zur medizinischen Versorgung erfasst.

Abschnitt C umfasst die Seiten 4 bis 6 des Fragebogens und beinhaltet 19 Einzelfragen (vgl. Anhang 7.3). Auf Seite 4 wurden 12 Behauptungen zu Alltagsbelastungen und -anforderungen aufgestellt. Zu jeder einzelnen Behauptung wurden den befragten Personen die Antwortmöglichkeiten „nie“, „selten“, „manchmal“, „häufig“ und „sehr häufig“ vorgegeben, so dass eine rasche Beantwortung mittels Ankreuzen möglich war.

Die nachfolgenden 6 Fragen auf Seite 5 des Fragebogens hatten die subjektive Wahrnehmung des individuellen Gesundheitszustandes zum Ziel. Zu beantworten waren Fragen zur Mobilität, Selbstversorgung, Wahrnehmung allgemeiner Tätigkeiten, körperliches Befinden und Angst/Niedergeschlagenheit. Außerdem wurde die subjektive Veränderung des allgemeinen Gesundheitszustandes berücksichtigt. Zu allen genannten Punkten standen jeweils 3 Antwortmöglichkeiten zur Verfügung.

Als letzte Frage wurde auf Seite 6 eine Skala von 0 bis 100 vorgegeben, auf der die befragten Patienten jeweils ihren individuellen Gesundheitszustand in einem Zahlenwert einschätzen sollten. Hierdurch wird eine bessere Vergleichbarkeit der zu den vorherigen Antworten im Abschnitt C ermöglicht.

3 Ergebnisse

Nachfolgend sollen die Ergebnisse der Erhebung detailliert dargestellt werden. Dabei werden die Patientengruppen aus den drei Herkunftsländern Afghanistan, Indien und Pakistan jeweils vergleichend betrachtet. Die Ausführungen orientieren sich dabei an der Gestaltung des verwendeten Fragebogens (vgl. Anhang 7.3). bei den statistischen Ergebnissen wurden jeweils die Stellen nach dem Komma sowohl im Text als auch in den Tabellen gerundet.

3.1 Allgemeine Angaben zu den Patienten

3.1.1 Geschlecht und Nationalität

Insgesamt liegen von 252 männlichen und 207 weiblichen Patienten Fragebögen vor, von denen 157 Personen afghanischer Nationalität, 154 indischer und 148 pakistanischer Nationalität waren. In der Tabelle 2 ist zu ersehen, dass das Geschlechterverhältnis für die Nationalitäten Afghanistan und Pakistan nahezu ausgewogen war. Dagegen ist der Anteil der berücksichtigten indischen Männer in allen Praxen mit ca. 60 % erheblich überrepräsentiert im Vergleich zu den Frauen. Eine konkrete Ursache für dieses Phänomen konnte nicht festgestellt werden.

Tabelle 2: Beschreibung des Patientenkollektivs nach Geschlecht und Nationalität

Geschlecht	afghanisch		indisch		pakistanisch		Summe
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	
Männlich	81	52 %	93	60 %	78	53 %	252
Weiblich	76	48 %	61	40 %	70	47 %	207
Summe	157	100 %	154	100 %	148	100 %	459

3.1.2 Alter

Das Alter der befragten Patienten wurde aus ihrem Geburtstag bezogen zum Stichtag 31.12.2006 berechnet.

Insgesamt wurden 252 männliche und 207 weibliche Patienten in die Untersuchung einbezogen. Die befragten männlichen Patienten waren im Mittel 42 Jahre alt, die Frauen 41 Jahre.

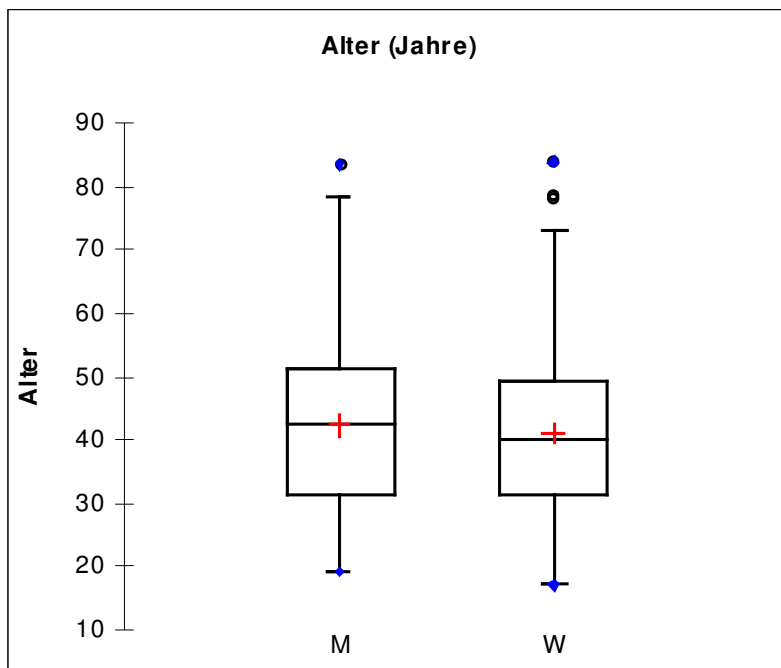


Abbildung 1: Altersverteilung der Gesamtgruppe der Patienten

Patienten afghanischer Nationalität waren im Mittel am ältesten (arithm. Mittelwert 46 Jahre), pakistanischer Nationalität am jüngsten (40 Jahre). Die drei Personengruppen unterscheiden sich signifikant hinsichtlich des Alters (Kruskal-Wallis-Rangvarianzanalyse, Prüfgröße $K = 10,632$; $p = 0,005$), wobei Inder und Pakistani hinsichtlich des Alters nicht unterscheidbar sind, jedoch deutlich getrennt von Afghanen.

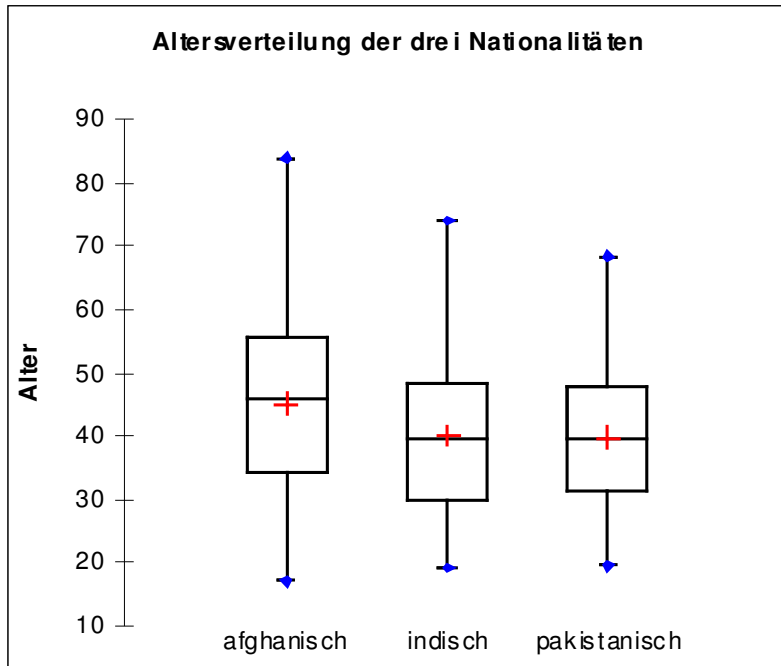


Abbildung 2: Altersverteilung der Patienten getrennt nach Herkunftsländer

3.1.3 Schulbildung

Die Mehrzahl der berücksichtigten Patienten fällt hinsichtlich der Schulbildung in die Kategorie „Hauptschule“ oder „andere Schulbildung“, die zusammen über 71 % ausmachen. Dagegen fallen die Abschlussarten Realschule (20 %) und Gymnasium (7 %) deutlich ab. Die Verteilung weist hoch signifikante Unterschiede gegenüber einer Zufallsverteilung auf ($p = 0,006$).

Werden die einzelnen Nationalitäten betrachtet, spiegelt sich die angegebene Verteilung wider, es fällt jedoch auf, dass bei den Patienten mit afghanischer Herkunft mit 50 % die Kategorie „anders“ häufiger vertreten und dagegen der Hauptschulabschluss (29 %) unterrepräsentiert ist.

Tabelle 3: Beschreibung des Patientenkollektivs nach Schulbildung (100 % = 459)¹

Schulbildung	Nationalität						Gesamtwert
	afghanisch		indisch		pakistanisch		
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	
Gymnasium	8	5 %	11	7 %	13	9 %	7 %
Hauptschule	45	29 %	60	39 %	62	42 %	36 %
Realschule	26	17 %	31	20 %	33	22 %	20 %
anders	78	50 %	52	34 %	40	27 %	37 %
Gesamtwert	157	100 %	154	100 %	148	100 %	100 %

3.1.4 Weg nach Deutschland und Aufenthaltsdauer

Weit über 50 % der Patienten sind als Asylsuchende nach Deutschland gekommen, gefolgt von den Einwanderern (zwischen 17 und 29 %). Die Kategorie „Flüchtling“ spielt dagegen nur eine untergeordnete Rolle². Die Verteilung weist keinen signifikanten Unterschied zwischen den Ländern auf ($p = 0,12$).

Tabelle 4: Beschreibung des Patientenkollektivs nach ihrem Weg nach Deutschland

Weg nach Deutschland	Nationalität					
	afghanisch		indisch		pakistanisch	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Asylsuchender	103	66 %	84	55 %	90	61 %
Einwanderer	26	17 %	44	29 %	35	24 %
Flüchtling	6	4 %	3	2 %	1	1 %
anders	22	14 %	23	15 %	22	15 %
Summen	157	100 %	154	100 %	148	100 %

¹ Der Kategorie „anders“ sind insbesondere Schulabbrecher zu zählen sowie solche Personen, die in ihren Heimatländern keine Schule besucht haben.

² Asylsuchende: Hierunter werden Personen verstanden, die aufgrund von politischer Verfolgung in Deutschland Asyl beantragt haben.

Einwanderer: In diese Kategorie fallen Personen, die ohne politischen Druck ihr Heimatland verlassen haben

Flüchtlinge: Diese Personen haben ihre Heimat durch politische Zwangsmaßnahmen verlassen, ohne einen Asylantrag gestellt zu haben.

Im Median sind die Patienten seit 1988 in Deutschland, wobei sich keine signifikanten Unterschiede bei den drei Nationalitäten hinsichtlich ihrer Aufenthaltsdauer ergeben ($p = 0,227$; Kruskal-Wallis-Test).

Tabelle 5: Beschreibung des Patientenkollektivs nach dem Zeitpunkt der Immigration

Nationalität	Anzahl	Min.	Max.	Mittelwert
afghanisch	157	1959	2004	1990
indisch	154	1969	2006	1988
pakistanisch	148	1950	2004	1990

Der folgende Boxplot zeigt, dass die Mittelwerte und die mittleren 50 % der Aufenthaltsdauer bei den drei Nationalitäten sehr ähnlich sind. Deutlich ist die Konzentration in der zweiten Hälfte der 1980er Jahre und Anfang der 1990er Jahre zu erkennen. Frühe Ausreißer sind ein Patient pakistanischer Herkunft, der bereits 1950 nach Deutschland gekommen ist, und ein afghanischer Patient mit dem Ankunftsjahr 1959.

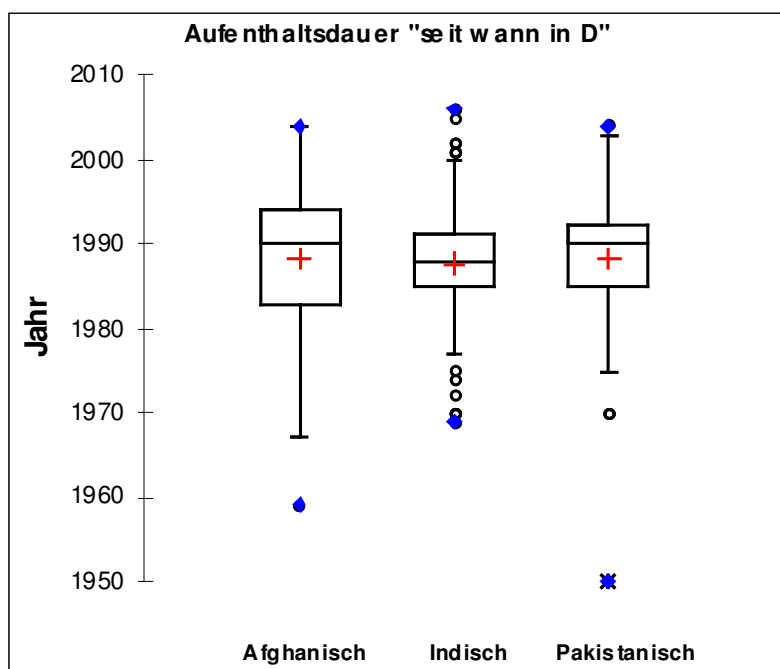


Abbildung 3: Aufenthaltszeit in Deutschland

3.1.5 Aufenthaltsstatus

Aufenthaltsstatus und Nationalität sind nicht zufällig verteilt, sondern signifikant unterschiedlich ($p = 0,001$, Mehrfelder-Chiquadratstest). Nach diesem Kriterium ist ein Großteil der Probanden in Deutschland integriert, da sie mittlerweile entweder die deutsche Staatsbürgerschaft (55 %) inne haben oder eine unbefristete Aufenthaltsgenehmigung (31 %) vorweisen können. Dabei weisen Personen afghanischer Nationalität relativ selten die deutsche Staatsbürgerschaft auf (43 %), und häufiger als zu erwarten eine befristete (20 %) oder eine unbefristete (38 %) Aufenthaltsgenehmigung. Bei Bürgern pakistanischer und indischer Herkunft, ist der Prozentsatz mit deutscher Staatsangehörigkeit hoch, es machen die befristeten und unbefristeten Aufenthaltsgenehmigungen zusammen jeweils nur ca. 40 % aus.

Tabelle 6: Beschreibung des Patientenkollektivs nach Nationalität und Aufenthaltsstatus

Aufenthaltsstatus	Nationalität						Gesamt
	afghanisch		indisch		pakistanisch		
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	
dt. Staatsbürgerschaft	67	14,6 %	97	21,1 %	86	18,7 %	54,5 %
befr. Aufenthalt	31	6,8 %	23	5,0 %	14	3,1 %	14,8 %
unbefr. Aufenthalt	59	12,9 %	34	7,4 %	48	10,5 %	30,7 %
Summen	157	34,2 %	154	33,6 %	148	32,2 %	100,0 %

3.1.6 Berufsausbildung

Die Mehrzahl der Patienten weist keine Berufsausbildung auf ($n = 197$; 43 %). Patienten mit einer Lehre sind am seltensten (6 %), sogar seltener als Personen mit FH oder Universitätsausbildung (9 %).

Die Verteilung weicht signifikant von einer Zufallsverteilung ab ($p = 0,025$). Dies hat folgende Ursachen: Afghanen weisen seltener eine FH-Ausbildung auf als zu erwarten, und fallen häufiger in die Kategorie „andere“. Pakistaner haben häufiger als zu erwarten eine Fachhochschul-Ausbildung.

Tabelle 7: Beschreibung des Patientenkollektivs nach der Berufsausbildung³

Berufsausbildung	Nationalität						Gesamt
	afghanisch		indisch		pakistanisch		
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	
FH oder Uni	10	6 %	15	10 %	16	11 %	9 %
Fachschule	16	10 %	27	18 %	36	24 %	17 %
Lehre	9	6 %	9	6 %	11	7 %	6 %
andere	49	31 %	35	23 %	28	19 %	25 %
keine	73	46 %	68	44 %	56	38 %	43 %
Summen	157	100 %	154	100 %	147	100 %	100 %

3.1.7 Berufstätigkeit

Mehr als ein Drittel der Patienten (35 %) weist keine Berufstätigkeit auf. Arbeiter sind in der Gesamtgruppe mit 22 % am häufigsten und Rentner mit 6 % am seltensten vertreten. Es fällt dabei auf, dass der Anteil der Rentner mit afghanischer Herkunft erheblich von den anderen beiden Nationalitäten abweicht. Dieses Ergebnis deckt sich mit der etwas längeren Aufenthaltsdauer (vgl. Abbildung 3), weshalb diese Probanden durchschnittlich ein höheres Lebensalter haben. Die übrigen Kategorien weisen dagegen keine wesentlichen Unterschiede auf.

Tabelle 8: Beschreibung des Patientenkollektivs nach Berufstätigkeit⁴

Beruf	Nationalität						Gesamt
	afghanisch		indisch		pakistanisch		
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	
Arbeiter	30	19 %	39	25 %	34	23 %	22 %
Angestellter	15	10 %	18	12 %	22	15 %	12 %
Selbständig / freiberuflich	16	10 %	22	14 %	29	20 %	15 %
Rentner	17	11 %	6	4 %	5	3 %	6 %
andere Berufstätigkeit	9	6 %	17	11 %	21	14 %	10 %
keine Berufstätigkeit	70	45 %	52	34 %	37	25 %	35 %
Summen	157	100 %	154	100 %	148	100 %	100 %

³ Fachschule ist eine berufliche Erstausbildung und Berufserfahrung, wenn man bisher keine entsprechende Berufsausbildung genossen hat. Je nach Landesrecht und anschließender, mehrjähriger Berufspraxis wird der Fachschulabschluss der allgemeinen Hochschulreife bzw. Fachhochschulreife oder fachgebundenen Hochschulreife gleichgestellt.
andere: Hierunter fallen Personen, die als Angelernte einer Beschäftigung nachgehen.

⁴ Keine Berufstätigkeit: Hierunter sind z. B. arbeitslose Personen sowie erziehende Frauen zusammengefasst.

Wird das Patientenkollektiv zusätzlich nach den Geschlechtern differenziert, fällt auf dass sich das Übergewicht der Personen ohne Berufstätigkeit durch den hohen Anteil an Frauen auszeichnet (n = 114; 35 %). Werden die Männer als Gruppe allein betrachtet, sind von diesen nur 18 % erwerbslos, während die Aspekte „Angestellter“ und „Rentner“ 29 % bzw. 22 % ausmachen.

Tabelle 9: Beschreibung des Patientenkollektivs nach Berufstätigkeit und Geschlecht

Berufstätigkeit getrennt nach Geschlecht	männlich		weiblich	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Arbeiter	31	12 %	24	12 %
Angestellter	73	29 %	30	22 %
Selbständig / freiberuflich	23	9 %	5	6 %
Rentner	56	22 %	11	15 %
andere Berufstätigkeit	24	10 %	23	10 %
keine Berufstätigkeit	45	18 %	114	35 %
Summen	252	100 %	207	100 %

3.1.8 Familienstand

Die überwiegende Mehrzahl der Patienten (67 %) ist verheiratet, wobei keine Unterschiede zwischen den einzelnen Nationalitäten bestehen. Ledige machen daneben 23 % der Probanden aus, geschiedene oder verwitwete Patienten sind selten im Datensatz vertreten.

Die Verteilung weicht signifikant von einer Gleichverteilung ab ($p = 0,013$). Dies hat folgende Ursachen: Afghanen sind häufiger verwitwet, und Pakistaner sind seltener verwitwet.

Tabelle 10: Beschreibung des Patientenkollektivs nach Familienstand

Familienstand	Nationalität						Gesamt
	afghanisch		indisch		pakistanisch		
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	
geschieden	11	7 %	7	5 %	3	2 %	5 %
ledig	32	20 %	38	25 %	37	25 %	23 %
verheiratet	100	64 %	100	65 %	107	72 %	67 %
verwitwet	14	9 %	9	6 %	1	1 %	5 %
Summen	157	100 %	154	100 %	148	100 %	100 %

3.1.9 Deutsche Sprachkenntnisse

Ungefähr ein Drittel der Afghanen schätzt ihre Sprachkenntnisse als „eingeschränkt“ ein, während Inder und Pakistaner dies mit 20 % oder weniger beantworteten. Pakistaner bezeichnen ihre Sprachkenntnisse am meisten von allen drei Nationalitäten als sehr gut, gefolgt von Indern und Afghanen. Dieses Ergebnis geht mit den Auswertungen zur Schul- und Berufsausbildung einher (vgl. Kap. 3.1.3 und 3.1.6), wo die Gruppe der Pakistaner ebenfalls bessere Werte erzielt.

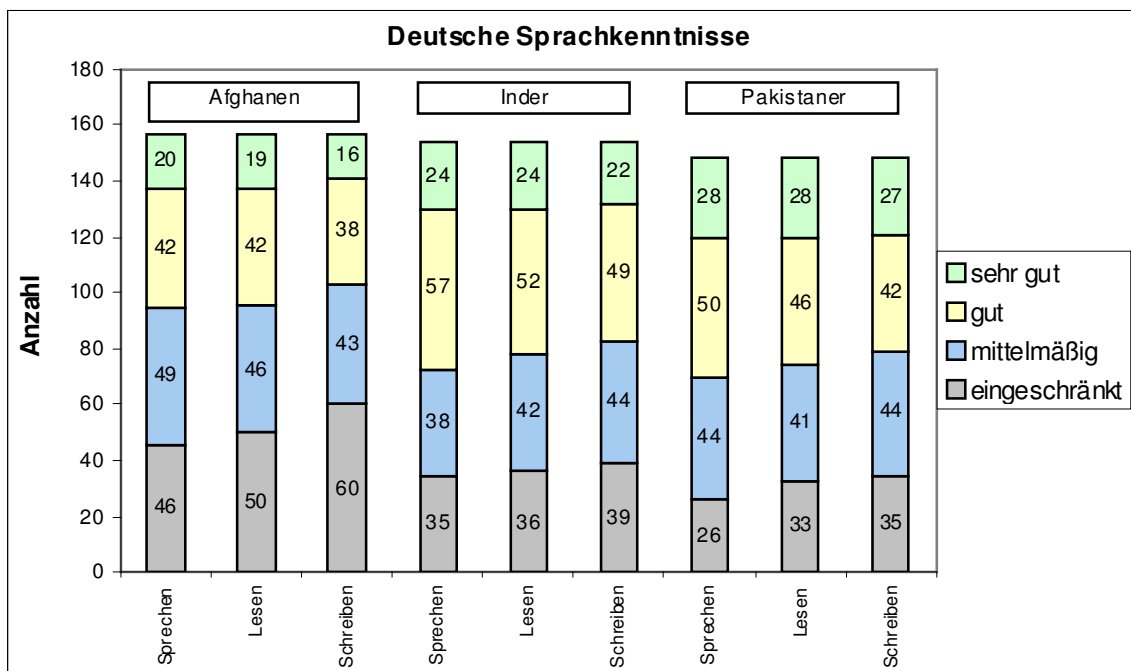


Abbildung 4: Beschreibung des Patientenkollektivs nach Sprachkenntnissen, absolute Häufigkeiten

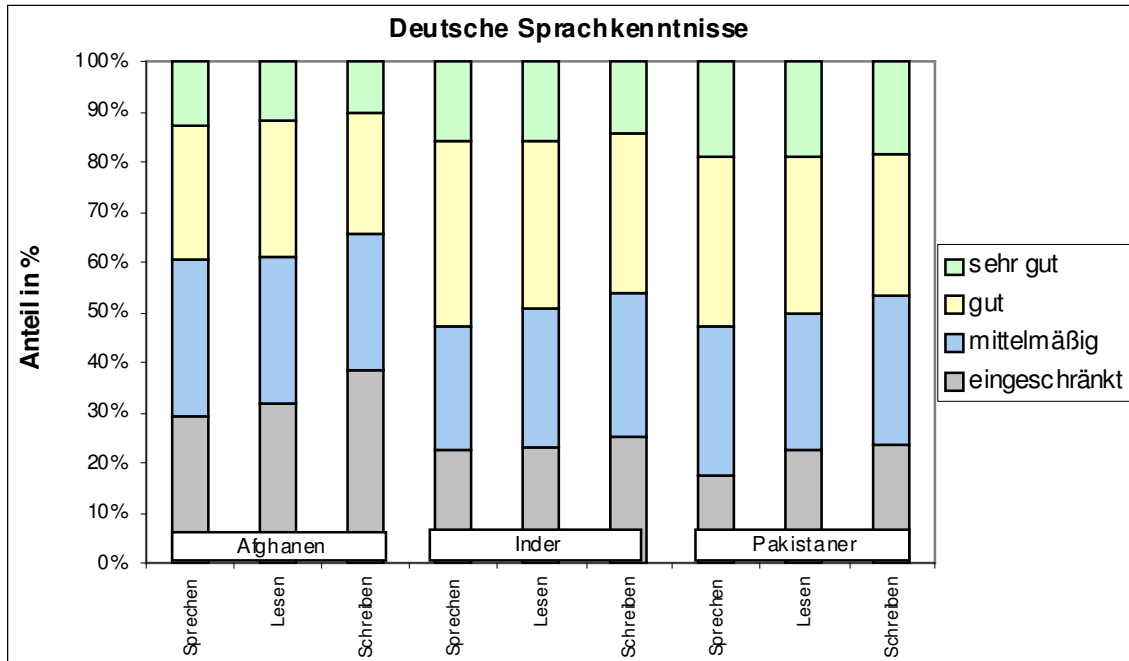


Abbildung 5: Beschreibung des Patientenkollektivs nach Sprachkenntnissen, Verteilung in %

3.2 Gesundheitsstatus

Im zweiten Teil des Fragebogens wurden die gesundheitlichen Gegebenheiten der Probanden abgefragt. Nachfolgend werden die Ergebnisse detailliert dargestellt.

3.2.1 Chronische Erkrankungen

Nur ca. 20 % der Probanden der Gesamtgruppe gaben an, nicht an chronischen Erkrankungen zu leiden. Depression ist mit Abstand die häufigste Krankheit (n = 114; 16 %), vor Bluthochdruck (11 %), Asthma (9 %) und Zuckerkrankheit (8 %). Die Verteilung weicht nicht signifikant von einer Gleichverteilung ab (p = 0,108).

Bei einem Vergleich der Nationalitäten fällt auf, dass Patienten afghanischer Herkunft eine etwas höhere Belastung mit chronischen Erkrankungen haben. Pakistaner dagegen weisen den besten Gesundheitsstatus auf.

Tabelle 11: Beschreibung des Patientenkollektivs nach Familienstand

Krankheiten	Nationalität						Gesamt
	afghanisch		indisch		pakistanisch		
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	
keine chron. Krankheiten	43	17 %	44	19 %	50	24 %	20 %
Bluthochdruck	38	15 %	22	9 %	18	8 %	11 %
Zuckerkrankheit	22	9 %	16	7 %	20	9 %	8 %
Asthma chronisch	20	8 %	23	10 %	17	8 %	9 %
Darmentzündung	12	5 %	7	3 %	5	2 %	3 %
Schuppenflechte	2	1 %	4	2 %	2	1 %	1 %
Neurodermitis	11	4 %	7	3 %	7	3 %	4 %
Emphysem	3	1 %	1	0 %	2	1 %	1 %
grüner Star	0	0 %	4	2 %	0	0 %	1 %
Depression	45	18 %	42	18 %	27	13 %	16 %
andere chron. Krankheiten	55	22 %	65	28 %	64	30 %	26 %
Summen	251	100 %	235	100 %	212	100 %	100 %

Die obige Auswertung beschäftigt sich mit der Verteilung der einzelnen Krankheiten. Nachfolgend wurde untersucht, ob das gehäufte Auftreten mehrerer Krankheiten bei den einzelnen Patienten sich hinsichtlich der Nationalitäten unterscheidet (Kumulierte Krankheiten). Pakistaner weisen dabei im Mittel 1,6 Krankheiten auf, Inder im Mittel 1,4 und Afghanen 1,5. Diese Unterschiede im gehäuftem Auftreten von Krankheiten sind nicht signifikant ($p = 0,312$, Kruskal-Wallis-Test).

Tabelle 12: Kumulierte Krankheiten

Nationalität	Anzahl	Min.	Max.	Median
afghanisch	154	1	6	1
indisch	148	1	6	1
pakistanisch	157	1	5	1

Im folgenden Boxplot ist das kumulierte Auftreten mehrerer Krankheiten pro Person dargestellt.

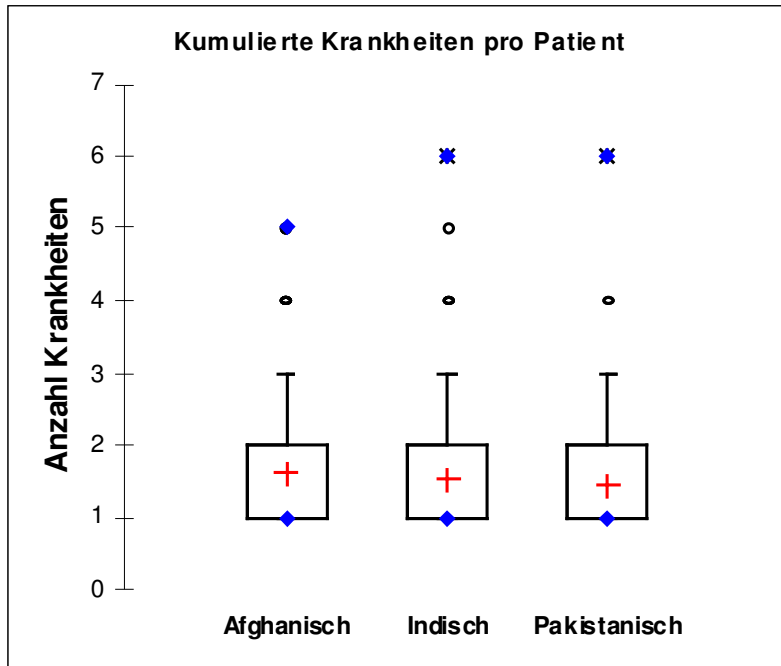


Abbildung 6: Anzahl chronischer Krankheiten und Nationalitäten

3.2.1.1 Kumulierte Krankheiten und Geschlecht

Bei einer Gegenüberstellung der statistischen Verteilung der Anzahl der Krankheiten nach den Geschlechtern konnten keine gravierenden Unterschiede festgestellt werden. Die prozentuale Verteilung bei Patienten mit einer, zwei oder drei Krankheiten ist identisch. Die geringen Schwankungen bei mehreren Krankheiten können als marginale Schwankungen interpretiert werden.

Tabelle 13: Verteilung der Krankheiten nach Geschlecht

kumulierte Krankheiten und Geschlecht	Anzahl Krankheiten												Gesamt	
	1		2		3		4		5		6		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
männlich	166	66 %	55	22 %	21	8 %	6	2 %	3	1 %	1	0 %	252	100 %
weiblich	137	66 %	45	22 %	16	8 %	7	3 %	1	0 %	1	0 %	207	100 %

3.2.1.2 Kumulierte Krankheiten und Alter

Wird zusätzlich zu der Betrachtung der Anzahl der Krankheiten und dem Geschlecht (vgl. Kap. 3.2.1.1) das Lebensalter der Patienten einbezogen, so ist auch hier eine Differenzierung nicht möglich. Die in der Abbildung 7 dargestellten Linien für die beiden Geschlechter sind nahezu deckungsgleich.

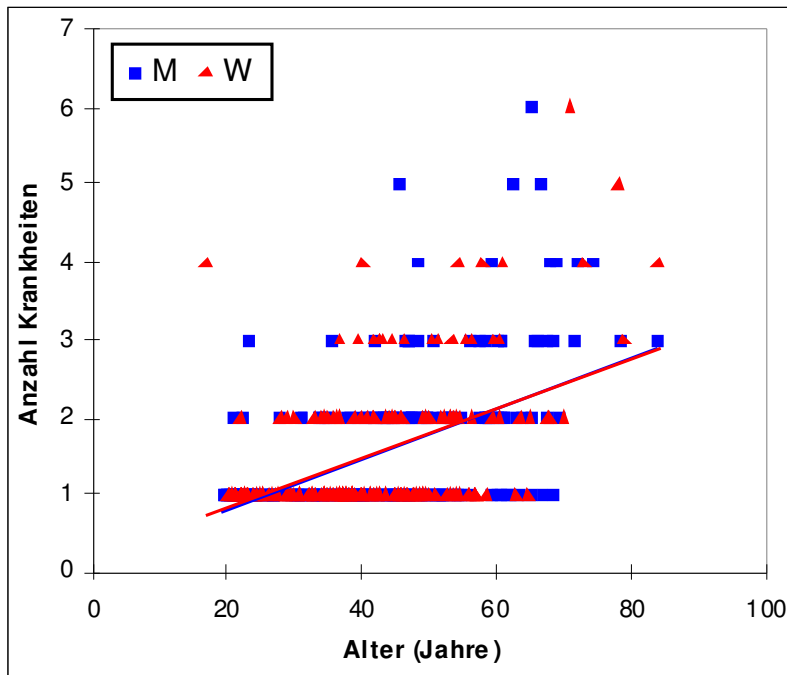


Abbildung 7: Verteilung der Krankheiten nach Geschlecht und Alter

3.2.1.3 Kumulierte Krankheiten und Aufenthaltsstatus

73 % der Patienten mit unbefristet Aufenthalt gaben an, an einer Krankheit zu leiden, während 18 % dieser Gruppe zwei Krankheiten angaben, so dass hierauf zusammen 91 % entfallen. Von den Patienten mit deutscher Staatsbürgerschaft oder einer befristeten Aufenthaltsgenehmigung gaben jeweils 87 % an an einer oder zwei Krankheiten zu leiden. Konkrete Anhaltspunkte für die gesundheitliche Belastungen aufgrund des Aufenthaltsstatus können damit nicht abgeleitet werden.

Tabelle 14: Verteilung der Krankheiten nach Aufenthaltsstatus

kumulierte Krankheiten und Aufenthaltsstatus	Anzahl Krankheiten												Gesamt	
	1		2		3		4		5		6		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
dt. Staatsbürger	157	63 %	59	24 %	23	9 %	6	2 %	4	2 %	1	0 %	250	100 %
befr. Aufenthalt	43	63 %	16	24 %	6	9 %	3	4 %	0	0 %	0	0 %	68	100 %
unbefr. Aufenthalt	103	73 %	25	18 %	8	6 %	4	3 %	0	0 %	1	1 %	141	100 %

3.2.1.4 Kumulierte Krankheiten und Schulbildung

Eine Gegenüberstellung der Anzahl der Krankheiten zur Schulbildung der Patienten lässt eine deutliche Abhängigkeit erkennen. So haben Patienten, die das Gymnasium absolviert haben, maximal 3 Krankheiten. Absolventen der Real- oder Hauptschule weisen vereinzelt 4 oder 5 Krankheiten auf, hierbei handelt es sich jedoch um Einzelfälle, da 83 % bzw. 93 % nur an ein oder zwei Krankheiten leiden. Die größten gesundheitlichen Probleme haben Patienten, die „anders“ angegeben hatten, da diese an bis zu 6 Krankheiten gleichzeitig litten.

Demnach scheint die Schulbildung ein wesentlicher Faktor für die Gesundheit der Patienten mit Migrantenhintergrund aus dem Mittleren Osten zu spielen.

Tabelle 15: Verteilung der Krankheiten nach Schulbildung

kumulierte Krankheiten und Schulbildung	Anzahl Krankheiten												Gesamt	
	1		2		3		4		5		6		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Gymnasium	25	78 %	5	16 %	2	6 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	32	100 %
Hauptschule	109	65 %	46	28 %	10	6 %	1	1 %	1	1 %	0	0 %	167	100 %
Realschule	69	77 %	13	14 %	6	7 %	2	2 %	0	0 %	0	0 %	90	100 %
anders	100	59 %	36	21 %	19	11 %	10	6 %	3	2 %	2	1 %	170	100 %

3.2.1.5 Kumulierte Krankheiten und Berufsbildung

Die Ergebnisse der Auswertung hinsichtlich der Schulbildung (vgl. Kap. 3.2.1.4) spiegeln sich bei der Betrachtung der Berufsbildung wieder. Je niedriger die Berufsbildung ist, desto schlechter ist der Gesundheitsstatus. 85 % der Patienten mit einem akademischen Abschluss (Universität oder Fachhochschule) gaben lediglich eine Krankheit an. Alle anderen Berufsbildungsgruppen weisen schlechtere Werte auf, bis schließlich nur noch 56 % der Patienten ohne Berufsausbildung an lediglich einer Krankheit leiden. In dieser Gruppe finden sich auch die einzigen Patienten, die 5 oder 6 Krankheiten gleichzeitig aufweisen.

Tabelle 16: Verteilung der Krankheiten nach Berufsbildung

kumulierte Krankheiten und Berufsbildung	Anzahl Krankheiten												Gesamt	
	1		2		3		4		5		6		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Uni oder FH	35	85 %	4	10 %	2	5 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	41	100 %
Fachschule	59	75 %	18	23 %	1	1 %	1	1 %	0	0 %	0	0 %	79	100 %
Lehre	21	72 %	6	21 %	2	7 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	29	100 %
andere	76	68 %	24	21 %	11	10 %	1	1 %	0	0 %	0	0 %	112	100 %
keine	111	56 %	48	24 %	21	11 %	11	6 %	4	2 %	2	1 %	197	100 %

3.2.1.6 Kumulierte Krankheiten und ausgeübter Beruf

Die Ergebnisse der kumulierten Krankheiten und deren Beziehung zur Berufsausübung zeigen zum einen, dass insbesondere die Personen gesundheitlich gefährdet sind, die keiner Beschäftigung nachgehen. Für diese Gruppe wurde (abgesehen von den Rentnern) mit 59 % der niedrigste Prozentsatz an Patienten mit nur einer Krankheit festgestellt. Außerdem wurden hier die einzigen Patienten zugeordnet, die gleichzeitig 6 Krankheiten angaben. Zum anderen ragt die Gruppe der Rentner heraus, die insgesamt einen relativ niedrigen Gesundheitszustand aufweist. Wahrscheinlich spielt für diese Gruppe das Auftreten altersbedingter Krankheiten eine größere Rolle.

Tabelle 17: Verteilung der Krankheiten nach ausgeübtem Beruf

kumulierte Krankheiten und Beruf	Anzahl Krankheiten												Gesamt	
	1		2		3		4		5		6		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Angestellter	45	82 %	8	15 %	1	2 %	1	2 %	0	0 %	0	0 %	55	100 %
Arbeiter	78	76 %	22	21 %	3	3 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	103	100 %
Rentner	7	25 %	7	25 %	7	25 %	4	14 %	3	11 %	0	0 %	28	100 %
Selbständig	46	69 %	13	19 %	7	10 %	1	1 %	0	0 %	0	0 %	67	100 %
andere	36	77 %	11	23 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	47	100 %
keine	91	59 %	39	25 %	19	12 %	1	1 %	1	1 %	2	1 %	153	100 %

3.2.2 Beschwerden

Rückenschmerzen (23 %) sind mit Abstand die häufigsten Beschwerden, deutlich vor Kopfschmerzen (15 %). Husten (12 %) und Angstzustände (11 %) sind weiter häufig vorkommende Beschwerden. Die Verteilung weicht knapp signifikant von einer Zufallsverteilung ab ($p = 0,044$), d.h. die drei Nationalitäten weisen eine unterschiedliche Verteilung der Beschwerden auf. Aufsummiert betrachtet weisen die Afghanen

mit 270 Nennungen die absolut höchste Zahl an Beschwerden auf (Tabelle 18), gefolgt von den Indern (n = 247) und Pakistanern (n = 216). Dieser Unterschied wird umso deutlicher, wenn man berücksichtigt, dass die Zahl der für die einzelnen Nationen jeweils einbezogenen Personen mit ca. 150 Patienten ähnlich hoch ist (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 18: Unterschiede in den Beschwerden nach Nationalität

Beschwerden	Nationalität						Gesamt
	afghanisch		indisch		pakistanisch		
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	
keine Beschwerden	10	4 %	12	5 %	21	10 %	6 %
Rückenschmerzen	72	27 %	59	24 %	40	19 %	23 %
Kopfschmerzen	43	16 %	33	13 %	35	16 %	15 %
Bauchschmerzen	11	4 %	13	5 %	22	10 %	6 %
Herzbeschwerden	15	6 %	12	5 %	9	4 %	5 %
Husten	28	10 %	35	14 %	25	12 %	12 %
Hautkrankheiten	9	3 %	2	1 %	5	2 %	2 %
Gelenkbeschwerden	12	4 %	15	6 %	12	6 %	5 %
Schlaflosigkeit	22	8 %	22	9 %	19	9 %	9 %
Asthma Besch	13	5 %	10	4 %	5	2 %	4 %
Angstzustände	30	11 %	33	13 %	18	8 %	11 %
andere Beschwerden	5	2 %	1	0 %	5	2 %	2 %
Summen	270	100 %	247	100 %	216	100 %	100 %

Pakistaniern weisen im Median 1,3 Beschwerden auf, Afghanen im Mittel 1,7. Diese in der Häufigkeit des Auftretens von Beschwerden pro Patient sind signifikant ($p = 0,014$, Kruskal-Wallis-Test).

Tabelle 19: Unterschiede in den Beschwerden nach Nationalität

Nationalität	Anzahl	Min.	Max.	Median
afghanisch	154	0	6	1
indisch	148	0	4	1
pakistanisch	157	0	5	1

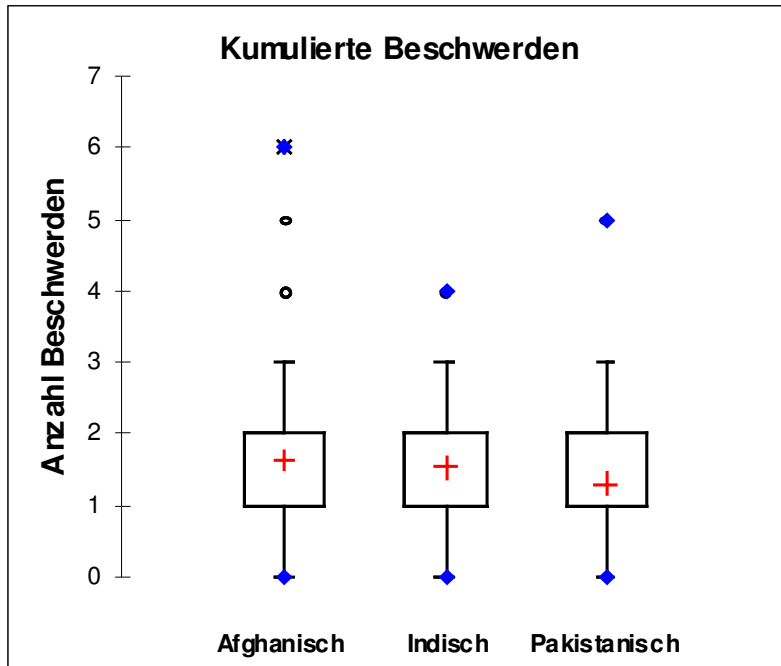


Abbildung 8: Anzahl Beschwerden und Nationalitäten

Die folgende Tabelle zeigt häufige Kombinationen von Beschwerden bei den drei Nationalitäten. Unterschiede in der Häufigkeit dieser Kombinationen von Beschwerden sind nicht signifikant ($p = 0,414$; Mehrfelder-Chiquadratstest).

Es fällt bei allen drei Nationalitäten die häufige Kombination der Beschwerden Rückenschmerzen und Schlaflosigkeit auf. Darüber hinaus sind Afghanen und Inder im Vergleich zu Pakistanern gleichzeitig stärker mit Rückenschmerzen und Angstzuständen belastet.

Tabelle 20: Häufige Kombinationen von Beschwerden

Kombination von Beschwerden	Nationalität		
	afghanisch Anzahl	indisch Anzahl	pakistanisch Anzahl
Bauchschm., Angstzustände	1	2	0
Bauchschm., Schlaflosigkeit	0	0	1
Gelenk, Angstzustände	1	0	1
Haut, Angstzustände	0	0	2
Herz, Angstzustände	0	1	1
Herz, Schlaflosigkeit	0	1	1
Husten, Asthma	4	5	2
Husten, Schlaflosigk.	1	0	1
Kopfschmerzen, Angstzustände	3	4	4
Kopfschmerzen, Asthma	1	0	1
Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit	2	4	5
Rückenschmerzen, Angstzustände	9	10	2
Rückenschmerzen, Asthma	3	3	0
Rückenschmerzen, Schlaflosigkeit	11	7	7
Rückenschmerzen, andere Beschwerden	2	0	0
Schlaflosigkeit, Asthma	0	1	0

3.2.2.1 Kumulierte Beschwerden und Geschlecht

Im Gegensatz zu den kumulierten Krankheiten (vgl. Kap. 3.2.1.1) kann ein deutlicher Unterschied zwischen Männern und Frauen beobachtet werden. Zwar gaben 93 % Männer und 86 % der Frauen keine bis maximal 2 Beschwerden an. Mehr Beschwerden sind aber häufiger bei Frauen zu beobachten.

Tabelle 21: Verteilung der Beschwerden nach Geschlecht

kumulierte Beschwerden und Geschlecht	Anzahl Beschwerden														Gesamt	
	0		1		2		3		4		5		6		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
männlich	29	12 %	118	47 %	86	34 %	16	6 %	2	1 %	1	0 %	0	0 %	252	100 %
weiblich	14	7 %	89	43 %	74	36 %	23	11 %	3	1 %	3	1 %	1	0 %	207	100 %

3.2.2.2 Kumulierte Beschwerden und Alter

Dass Männer grundsätzlich weniger Beschwerden aufweisen als Frauen (vgl. Kap. 3.2.2.1), zeigt sich auch unter Berücksichtigung des Alters. Die blaue Linie (Männer) hat einen deutlich flacheren Verlauf als die rote Linie der Frauen. Damit ist eindeutig nachgewiesen, dass Frauen mit Migrantenhintergrund aus dem Mittleren Osten stärker Beschwerden-anfällig sind.

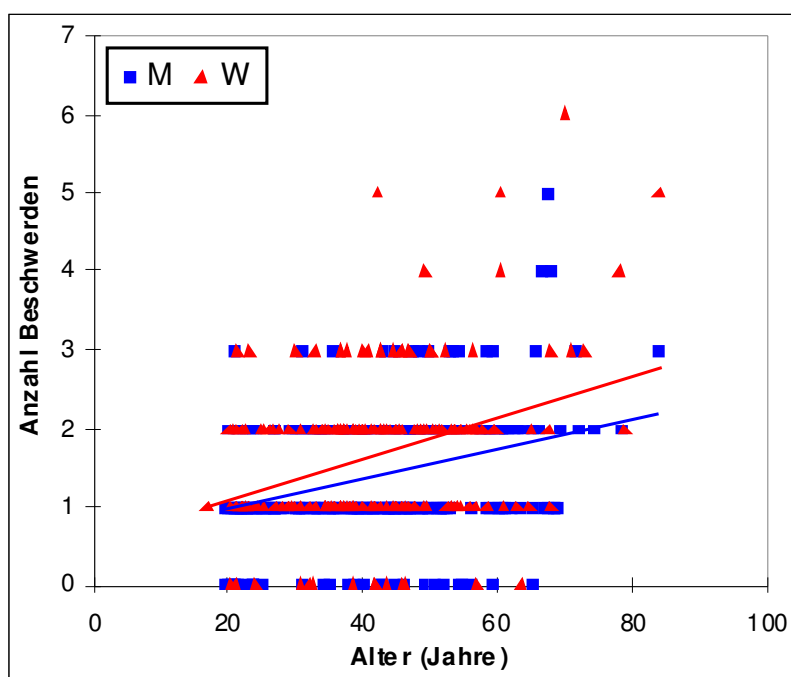


Abbildung 9: Verteilung der Beschwerden nach Geschlecht und Alter

3.2.2.3 Kumulierte Beschwerden und Aufenthaltsstatus

Signifikante Unterschiede bei einer Betrachtung von kumulierten Beschwerden und Aufenthaltsstatus können nicht beobachtet werden. Eindeutige Tendenzen, ob eingebürgerte Migranten, Migranten mit befristeter oder unbefristeter Aufenthaltsgenehmigung häufiger gesundheitliche Beschwerden haben, lassen sich nicht erkennen.

Tabelle 22: Verteilung der Beschwerden nach Aufenthaltsstatus

kumulierte Beschwerden und Aufenthaltsstatus	Anzahl Beschwerden														Gesamt	
	0		1		2		3		4		5		6			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
dt. Staatsbürger	24	10 %	107	43 %	94	38 %	21	8 %	3	1 %	1	0 %	0	0 %	250	100 %
befr. Aufenthalt	4	6 %	37	54 %	18	26 %	6	9 %	1	1 %	1	1 %	1	1 %	68	100 %
unbefr. Aufenthalt	15	11 %	63	45 %	48	34 %	12	9 %	1	1 %	2	1 %	0	0 %	141	100 %

3.2.2.4 Kumulierte Beschwerden und Schulbildung

Eine Gegenüberstellung von Beschwerden und Schulbildung zeigt grundsätzlich das gleiche Bild wie jene von Krankheiten und Schulbildung (vg. Kap. 3.2.1.4): Personen

mit Schulbildung unabhängig von der Qualifikation haben niemals mehr als drei Beschwerden gleichzeitig angegeben, höhere Werte wurden ausschließlich für Patienten ermittelt, die „anders“ angegeben hatten. Zwischen den einzelnen Schulformen können jedoch keine deutlichen Tendenzen nachgewiesen werden, da z.B. für die Gymnasium-Absolventen mit 9 % im Vergleich zu den Realschul- (4 %) und Hauptschul-Absolventen (7 %) der höchste Prozentsatz für gleichzeitig 3 Beschwerden errechnet wurde.

Tabelle 23: Verteilung der Beschwerden nach Schulbildung

kumulierte Beschwerden und Schulbildung	Anzahl Beschwerden														Gesamt	
	0		1		2		3		4		5		6		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Gymnasium	4	13 %	17	53 %	8	25 %	3	9 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	32	100 %
Hauptschule	17	10 %	81	49 %	57	34 %	12	7 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	167	100 %
Realschule	9	10 %	43	48 %	34	38 %	4	4 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	90	100 %
anders	13	8 %	66	39 %	61	36 %	20	12 %	5	3 %	4	2 %	1	1 %	170	100 %

3.2.2.5 Kumulierte Beschwerden und Berufsbildung

Bei der Betrachtung von Beschwerden in Abhängigkeit zur Berufsbildung ragt erneut die Gruppe ohne Berufsbildung heraus, für welche die gesundheitlich ungünstigsten Angaben gemacht wurden. 53 % dieser Gruppe gaben mindestens 2 Beschwerden an. Für die anderen Gruppen ist dagegen festzuhalten, dass jeweils ca. 60 % maximal eine Beschwerde genannt haben.

Tabelle 24: Verteilung der Beschwerden nach Berufsbildung

kumulierte Beschwerden und Berufsbildung	Anzahl Beschwerden														Gesamt	
	0		1		2		3		4		5		6		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Uni oder FH	4	10 %	22	54 %	12	29 %	3	7 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	41	100 %
Fachschule	9	11 %	43	54 %	25	32 %	2	3 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	79	100 %
Lehre	5	17 %	12	41 %	8	28 %	4	14 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	29	100 %
andere	8	7 %	54	48 %	43	38 %	7	6 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	112	100 %
keine	17	9 %	75	38 %	72	37 %	23	12 %	5	3 %	4	2 %	1	1 %	197	100 %

3.2.2.6 Kumulierte Beschwerden und ausgeübter Beruf

Die Patienten, die 4 oder mehr Beschwerden angaben, finden sich ausschließlich in den Gruppe der Rentner und der Arbeitslosen, wodurch sich die Beobachtungen bestätigen, dass diese beiden Gruppen gesundheitlich am anfälligsten sind (vgl. Kap. 3.2.1.6). Eindeutige Differenzierungen zwischen den einzelnen Berufsgruppen sind dagegen nicht möglich.

Tabelle 25: Verteilung der Beschwerden nach ausgeübtem Beruf

kumulierte Beschwerden und Beruf	Anzahl Beschwerden														Gesamt	
	0		1		2		3		4		5		6		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Angestellter	7	13 %	27	49 %	16	29 %	5	9 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	55	100 %
Arbeiter	14	14 %	51	50 %	32	31 %	6	6 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	103	100 %
Rentner	1	4 %	8	29 %	11	39 %	4	14 %	3	11 %	1	4 %	0	0 %	28	100 %
Selbständig	4	6 %	33	49 %	27	40 %	3	4 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	67	100 %
andere	6	13 %	25	53 %	14	30 %	2	4 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	47	100 %
keine	11	7 %	63	40 %	60	38 %	19	12 %	2	1 %	3	2 %	1	1 %	159	100 %

3.2.3 Medikamenteneinnahme

Fast 90 % der Probanden nehmen regelmäßig Medikamente ein. Schmerzmittel sind mit Abstand die häufigsten Medikamente (27 %) vor Antidepressiva (14 %). 12 % der Patienten nehmen keine Medikamente ein, Patienten mit Schlafmitteln machen ebenfalls 12 % aus. Dabei konnte zwischen den einzelnen Nationen keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden ($p = 0,177$).

Bei einem Vergleich der einzelnen Nationalitäten ragen erneut die Patienten pakistischer Herkunft heraus. Sie neben insgesamt die wenigsten Medikamente ein ($n = 240$) und weisen mit 4,7 % den höchsten Anteil an Personen auf, die keine Medikamente einnehmen. Deutlich fällt die hohe Zahl an Medikamenten ($n = 303$) auf, die Afghanen regelmäßig einnehmen.

Tabelle 26: Medikamenteneinnahme

Medikamenteneinnahme	Nationalität						Gesamt
	afghanisch		indisch		pakistanisch		
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	
keine Medikamente	30	10 %	29	11 %	38	16 %	12 %
Blutdruckmittel	41	14 %	24	9 %	19	8 %	10 %
Schlafmittel	44	15 %	31	12 %	22	9 %	12 %
Cholesterinsenker	17	6 %	9	3 %	14	6 %	5 %
Schmerzmittel	72	24 %	79	30 %	67	28 %	27 %
Antidiabetika	17	6 %	13	5 %	18	8 %	6 %
Gichtmittel	1	0 %	1	0 %	0	0 %	0 %
Nadentropfen	3	1 %	3	1 %	1	0 %	1 %
Antidepressiva	44	15 %	44	16 %	29	12 %	14 %
Neuroleptika	5	2 %	4	1 %	0	0 %	1 %
Tranquizer	1	0 %	1	0 %	0	0 %	0 %
andere Medikamente	28	9 %	29	11 %	32	13 %	11 %
Summen	303	100 %	267	100 %	240	100 %	100 %

Die obige Auswertung beschäftigt sich mit der Verteilung der einzelnen Medikamente. Nachfolgend wird die gemeinsame Einnahme mehrerer Medikamente hinsichtlich der Unterschiede bei den drei Nationalitäten untersucht (Kumulierte Medikamenten-Konsum). Danach nehmen Afghanen im Mittel 1,7 Medikamente ein, Pakistaner im Mittel 1,4. Diese Unterschiede in der gemeinsamen Einnahme mehrerer Medikamente sind knapp nicht signifikant ($p = 0,069$; Kruskal-Wallis-Test).

Tabelle 27: Kumulierte Medikamente

Nationalität	Anzahl	Min.	Max.	Median
afghanisch	157	0	6	1
indisch	154	0	6	1
pakistanisch	148	0	6	1

Die Lage der mittleren 50 % ist zwar sehr ähnlich, der Mittelwert ist jedoch bei pakistanischen Patienten deutlich niedriger als bei den anderen Nationalitäten, wie der folgende Boxplot zeigt. Außerdem wird im Boxplot deutlich, dass Patienten afghanischer Nationalität in einigen Fällen ausgesprochen viele Medikamente gleichzeitig nehmen (bis zu sechs Medikamente gleichzeitig). Insgesamt ist damit zu erkennen, dass Afghanen offensichtlich stärkeren gesundheitlichen Belastungen äußern.

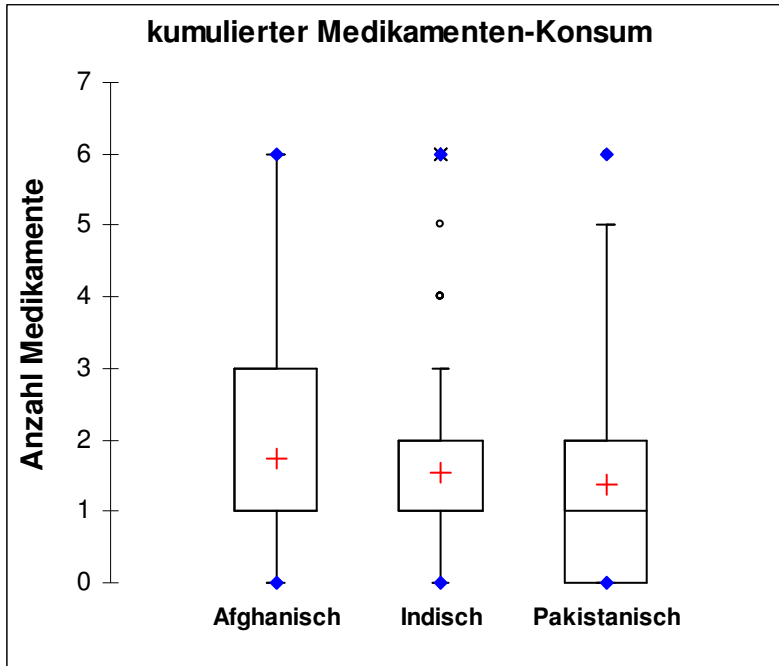


Abbildung 10: Medikamenten-Konsum und Nationalitäten

3.2.3.1 Kumulierter Medikamenten-Konsum und Geschlecht

Hinsichtlich des Medikamenten-Konsums können keine eindeutigen geschlechtsspezifischen Aussagen getroffen werden. Zwar gaben 25 % der Männer und nur 16 % der Frauen an, keine Medikamente einzunehmen, aber für die gleichzeitige Einnahme von 1 bis 3 Medikamente weisen jeweils die Frauen höhere Prozentwerte auf (summarisch 65 % Männer und 77 % Frauen). Dagegen werden mehr als 3 Medikamente gleichzeitig eher von Männern eingenommen (summarisch 10 % Männer und 6 % Frauen).

Tabelle 28: Verteilung des Medikamenten-Konsums nach Geschlecht

kumulierte Medikamente und Geschlecht	Anzahl Medikamente														Gesamt	
	0		1		2		3		4		5		6		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
männlich	64	25 %	86	34 %	55	22 %	23	9 %	15	6 %	4	2 %	5	2 %	252	100 %
weiblich	33	16 %	76	37 %	56	27 %	27	13 %	7	3 %	7	3 %	1	0 %	207	100 %

3.2.3.2 Kumulierter Medikamenten-Konsum und Alter

Mit zunehmendem Alter nimmt die Anzahl der eingenommenen Medikamente zu. Bei Frauen (rote Linie in Abbildung 11) ist die Zunahme etwas geringer als bei Männern,

beginnt jedoch bei einem höheren Ausgangsniveau, daher überschneiden sich die Regressionslinien. Wie eine Kovarianzanalyse ergibt, ist jedoch nur die Einflussgröße „Alter“ hochgradig signifikant, und kein weiterer Faktor. Aufgrund des sehr ähnlichen, nahe beieinander liegenden Geradenverlaufs wird weder das Geschlecht noch der Interaktionsterm „Alter*Geschlecht“ als signifikant ermittelt.

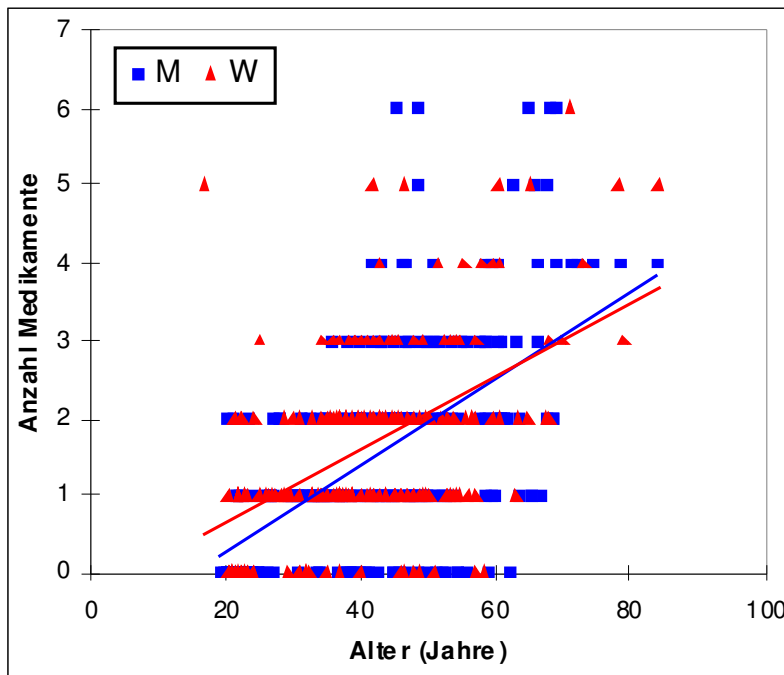


Abbildung 11: Verteilung des Medikamenten-Konsums nach Geschlecht und Alter

3.2.3.3 Kumulierter Medikamenten-Konsum und Aufenthaltsstatus

Der Aufenthaltsstatus spielt keine Rolle für die Zahl der eingenommenen Medikamente, signifikante Unterschiede sind nicht nachweisbar-

Tabelle 29: Verteilung des Medikamenten-Konsums nach Aufenthaltsstatus

kumulierte Medikamente und Aufenthaltsstatus	Anzahl Medikamente												Gesamt			
	0		1		2		3		4		5		6		n	%
dt. Staatsbürger	52	21 %	83	33 %	65	26 %	27	11 %	12	5 %	7	3 %	4	2 %	250	100 %
befr. Aufenthalt	13	19 %	25	37 %	16	24 %	9	13 %	4	6 %	0	0 %	1	1 %	68	100 %
unbefr. Aufenthalt	32	23 %	54	38 %	30	21 %	14	10 %	6	4 %	4	3 %	1	1 %	141	100 %

3.2.3.4 Kumulierter Medikamenten-Konsum und Schulbildung

Bei einem Vergleich des kumulierten Medikamenten-Konsums bzgl. der Schulbildung ragt – wie bei der Betrachtung der Krankheiten (vgl. Kap. 3.2.1.4) und Beschwerden (vgl. Kap. 3.2.2.4) – die Gruppe „anders“ mit dem größten Medikamenten-Konsum heraus. 16 % der Probanden dieser Gruppe nahmen gleichzeitig 4 oder mehr Medikamente gleichzeitig ein.

Darüber hinaus lässt sich feststellen, dass hinsichtlich des Medikamenten-Konsums eine deutliche Abstufung zwischen den einzelnen Schulformen vorgenommen werden kann. So nehmen Absolventen des Gymnasiums am wenigsten Medikamente ein. Fast alle Probanden dieser Gruppe nehmen maximal 2 Medikamente gleichzeitig ein, 47 % sogar gar keine. Die beiden Personen, die 4 bzw. 5 Medikamente angaben, sind am ehesten als Ausreißer zu interpretieren.

Von den Realschul-Absolventen gaben 69 % an, keine oder nur ein Medikament einzunehmen, während dies nur für 59 % der Hauptschul-Absolventen gilt. Für die zuletzt genannten Probandengruppe ist eine stärkere Verlagerung zu der gleichzeitigen Einnahme von 2 bis 5 Medikamenten zu verzeichnen.

Tabelle 30: Verteilung des Medikamenten-Konsums nach Schulbildung

kumulierte Medikamente und Schulbildung	Anzahl Medikamente														Gesamt	
	0		1		2		3		4		5		6			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Gymnasium	15	47 %	7	22 %	8	25 %	0	0 %	1	3 %	1	3 %	0	0 %	32	100 %
Hauptschule	36	22 %	62	37 %	44	26 %	17	10 %	4	2 %	4	2 %	0	0 %	167	100 %
Realschule	27	30 %	35	39 %	16	18 %	10	11 %	1	1 %	0	0 %	1	1 %	90	100 %
anders	19	11 %	58	34 %	43	25 %	23	14 %	16	9 %	6	4 %	5	3 %	170	100 %

3.2.3.5 Kumulierter Medikamenten-Konsum und Berufsbildung

Wird der Medikamenten-Konsum hinsichtlich der Berufsbildung betrachtet, zeichnet sich ein ähnliches Bild ab wie bei der Betrachtung der Krankheiten (vgl. Kap. 3.2.1.5) und Beschwerden (vgl. Kap. 3.2.2.5): Der eindeutig größte Medikamenten-Konsum wurde für die Probanden ohne Berufsbildung nachgewiesen, während Akademiker zu 75 % maximal 1 Medikament regelmäßig einnehmen. Auf einen ähnlich guten Wert (72 %) kommen die Probanden der Fachschule gefolgt von Patienten mit einer Lehre (69 %). Damit lässt sich feststellen, dass der Medikamenten-Konsum mit einer schlechteren Berufsbildung ansteigt.

Tabelle 31: Verteilung des Medikamenten-Konsums nach Berufsbildung

kumulierte Medikamente und Berufsbildung	Anzahl Medikamente														Gesamt	
	0		1		2		3		4		5		6		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Uni oder FH	19	46 %	12	29 %	8	20 %	1	2 %	0	0 %	1	2 %	0	0 %	41	100 %
Fachschule	26	33 %	31	39 %	17	22 %	5	6 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	79	100 %
Lehre	5	17 %	15	52 %	7	24 %	1	3 %	1	3 %	0	0 %	0	0 %	29	100 %
andere	23	21 %	40	36 %	30	27 %	10	9 %	8	7 %	1	1 %	0	0 %	112	100 %
keine	24	12 %	63	32 %	49	25 %	33	17 %	13	7 %	9	5 %	6	3 %	197	100 %

3.2.3.6 Kumulierter Medikamenten-Konsum und ausgeübter Beruf

Bei der Berücksichtigung des kumulierten Medikamenten-Konsums und des ausgeübten Berufs fallen erneut die Rentner und die Gruppe der Arbeitslosen mit einem deutlich größeren Medikamenten-Konsum des Einzelnen gegenüber den anderen Gruppen auf. Zwischen den übrigen Gruppen können keine deutlichen Unterschiede herausgearbeitet werden.

Tabelle 32: Verteilung des Medikamenten-Konsums nach ausgeübtem Beruf

kumulierte Medikamente und Beruf	Anzahl Medikamente														Gesamt	
	0		1		2		3		4		5		6		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Angestellter	14	25 %	27	49 %	12	22 %	1	2 %	0	0 %	0	0 %	1	2 %	55	100 %
Arbeiter	26	25 %	39	38 %	24	23 %	13	13 %	1	1 %	0	0 %	0	0 %	103	100 %
Rentner	1	4 %	4	14 %	6	21 %	4	14 %	6	21 %	5	18 %	2	7 %	28	100 %
Selbständig	12	18 %	27	40 %	17	25 %	7	10 %	3	4 %	1	1 %	0	0 %	67	100 %
andere	23	49 %	13	28 %	6	13 %	3	6 %	2	4 %	0	0 %	0	0 %	47	100 %
keine	21	13 %	52	33 %	46	29 %	22	14 %	10	6 %	5	3 %	3	2 %	159	100 %

3.2.4 Arztbesuche

Afghanen gehen am häufigsten zum Arzt, Pakistaner am seltensten, wie die folgende Tabelle und der Boxplot zeigen. Die Unterschiede in der Zahl der Arztbesuche sind signifikant ($p = 0,001$, Kruskal-Wallis-Test). Der Boxplot zeigt, dass zwar bei allen drei Nationalitäten die Extremwerte (0 und 4) vorkommen, Patienten pakistanischer Nationalität jedoch meist nur in die Häufigkeitsklasse 1 und 2 fallen, und der Mittelwert deutlich unter Häufigkeitsklasse 2 liegt, d.h. Pakistaner im Mittel nur 1-3 Mal pro Jahr zum Arzt gehen, im Gegensatz zu den anderen Nationalitäten.

Tabelle 33: Anzahl Arztbesuche

Nationalität	Anzahl	Min.	Max.	Median
afghanisch	157	0	4	2
indisch	154	0	4	2
pakistaniisch	148	0	4	2

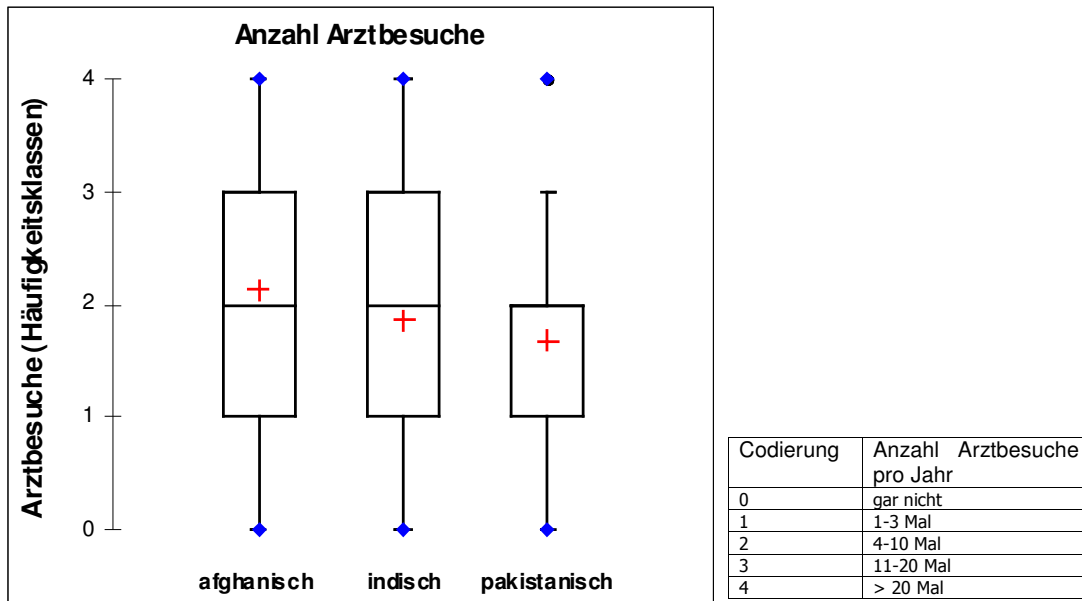


Abbildung 12: Arztbesuche und Nationalitäten

3.3 Allgemeines psychisches Befinden

Die folgende Abbildung zeigt für die drei Nationalitäten ein Profil für das psychische Befinden, welches über den Fragebogen Seite 4 erhoben wurde (vgl. Abbildung 25). Generell sind die Kurvenverläufe sehr ähnlich, wobei Personen pakistanischer Nationalität bei den meisten Fragen mit den niedrigsten Werten (problematische Zustände oder psychische Belastungen treten nie oder sehr selten auf) geantwortet haben, und Patienten afghanischer Nationalität fast durchgängig die höchsten Werten aufweisen (häufiges oder sehr häufiges Auftreten von problematische Zustände oder psychische Belastungen).

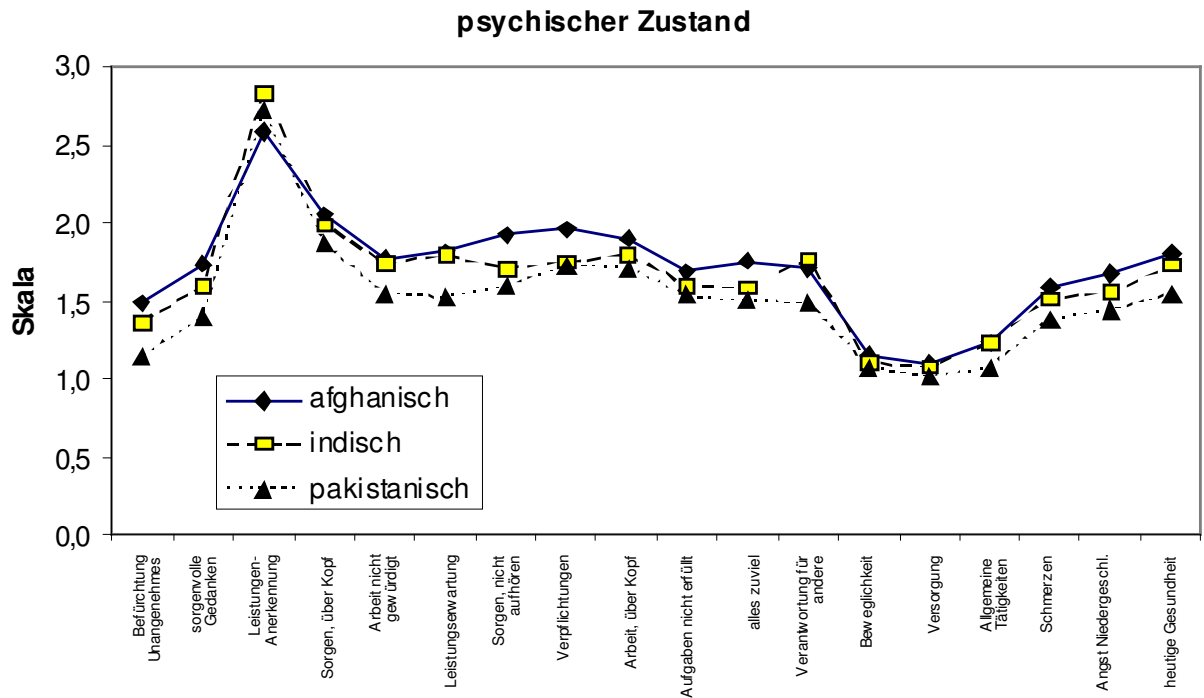


Abbildung 13: Profil zum Psychischen Befinden des Patientenkollektivs

Analysiert man die Mittelwerte aller Patienten über alle Parameter des psychischen Befindens, so ergibt eine Rangvarianzanalyse, dass die Nationalitäten sich signifikant unterscheiden ($p = 0,0225$, $FG = 2$; Prüfgröße $K = 7,587$). Ursache dieser globalen Unterschiede ist, dass sich bei paarweisen Vergleichen die Patienten pakistanischer und afghanischer Nationalität im Mittel aller psychischen Variablen unterscheiden, nicht aber die beiden übrigen möglichen paarweisen Vergleiche (Pakistaner – Inder, Inder – Afghanen; gemäß Dunn-Prozedur und Bonferroni-Korrektur).

3.4 Selbsteinschätzung der Gesundheit

Mittels einer vorgegebenen Skala von 0 bis 100 (vgl. Anhang 7.3, Abbildung 27) wurde als letzte von den Probanden eine Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit abgefragt. Nachfolgend werden zunächst die Ergebnisse dieser Antworten ausgewertet (Kap. 3.4.1), anschließend wird die Selbsteinschätzung in Bezug zu weiteren Fragen betrachtet, um detailliertere Aussagen zu gewinnen (Kap. 3.4.2).

3.4.1 Allgemeine Angaben zur Selbsteinschätzung

In Kapitel 3.1.1 wurden die erhobenen Daten der Patienten hinsichtlich Ihrer Nationalitätzugehörigkeit ausgewertet. Gruppiert man die Patienten bzgl. der gesundheitlichen Selbsteinschätzung nach ihrem Aufenthaltsstatus, so weisen sie keine Unterschiede hinsichtlich der Werte auf der Gesundheitskala auf (Kruskal-Wallis-Test, $p = 0,910$), auch wenn Personen mit deutscher Staatsbürgerschaft geringfügig höhere Mittelwerte aufweisen, d.h. sich gesünder einschätzen als die übrigen Gruppen.

Tabelle 34: Unterschiede in Gesundheitskala nach Aufenthaltsstatus

Skala Gesundheit	Anzahl	Min.	Max.	Median
dt. Staatsbürgerschaft	250	10	100	75
befr. Aufenthalt	68	15	100	75
unbefr. Aufenthalt	141	10	100	75

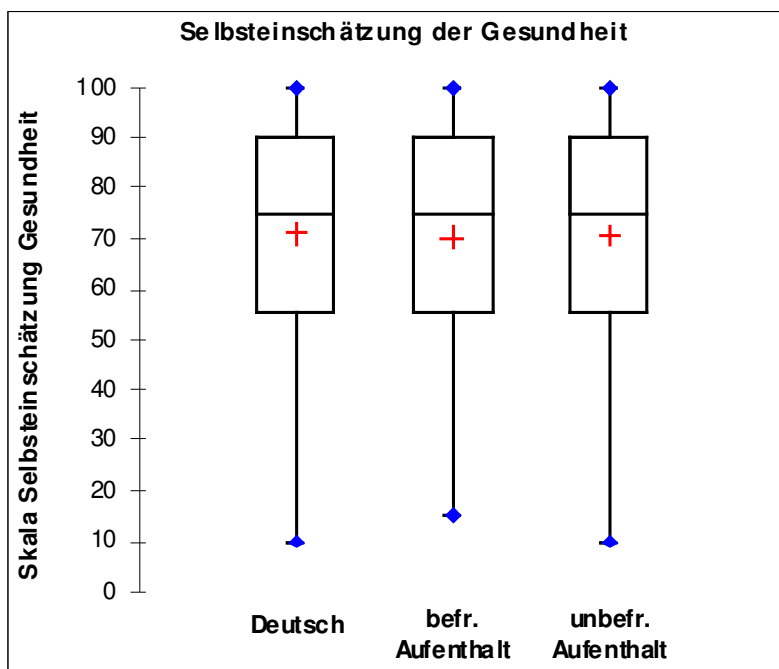


Abbildung 14: Selbsteinschätzung Gesundheit und Aufenthaltsstatus

Ganz im Gegensatz hierzu stehen die Ergebnisse, wenn Aussagen der Patienten zur gesundheitlichen Selbsteinschätzung nach den drei Nationalitäten gruppiert werden. Hierbei ergeben sich hoch signifikante ($p = 0,002$, Kruskal-Wallis-Test) Unterschiede zwischen den drei Nationalitäten. Pakistaner schätzen ihre Gesundheit als deutlich

besser ein als Inder oder Afghanen. Sowohl der Median als auch die mittleren 50 % der Verteilung liegen bei Pakistanern höher als bei den übrigen Nationalitäten, wie die folgende Tabelle und der folgende Boxplot zeigen.

Tabelle 35: Unterschiede in Gesundheitskala nach Nationalität

Nationalität	Anzahl	Min.	Max.	Median
afghanisch	157	10	100	70
indisch	154	10	100	75
pakistanisch	148	15	100	80

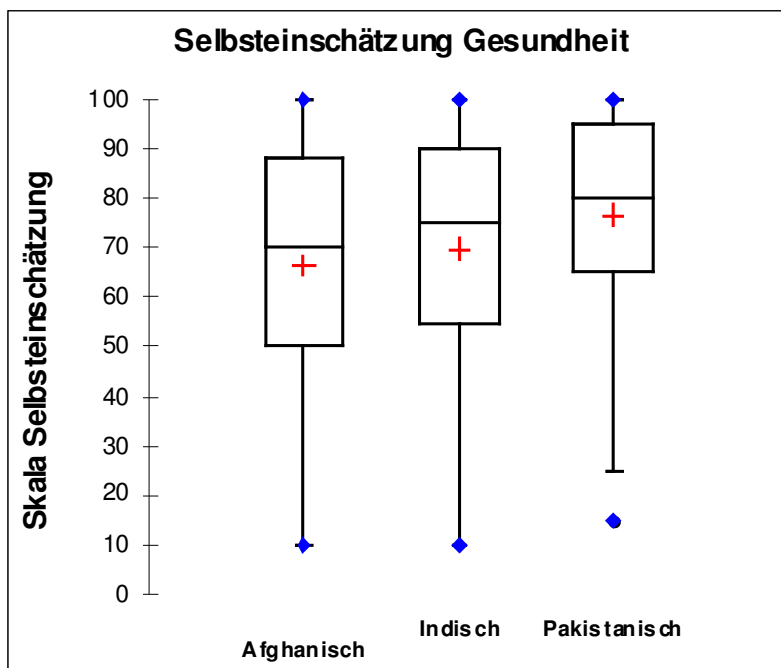


Abbildung 15: Selbsteinschätzung Gesundheit und Nationalität

3.4.2 Detaillierte Aussagen zur Selbsteinschätzung der Gesundheit

3.4.2.1 Selbsteinschätzung der Gesundheit und psychisches Befinden

Den Zusammenhang zwischen der Selbst-Einschätzung der Gesundheit (Skala von 0 bis 100) und dem mittleren psychischen Befinden für die gesamte Patientengruppe zeigt die folgende Grafik (Abbildung 16): Personen mit einer hohen Selbst-Einschätzung ihrer Gesundheit sehen sich keinen oder nur geringen psychischen Belastungen ausgesetzt.

Der Zusammenhang zwischen der Selbsteinschätzung der Gesundheit und dem psychischen Befinden (Mittelwerte) ist – zunächst ohne Berücksichtigung der drei Nationalitäten – hochgradig signifikant, wie eine Covarianzanalyse⁵ ergibt ($p = 0,0001$) und das Bestimmtheitsmaß beträgt $r^2 = 0,535$, d.h. dass ungefähr 53 % der Varianz der Selbsteinschätzung der Gesundheit durch das psychische Befinden erklärt werden kann.

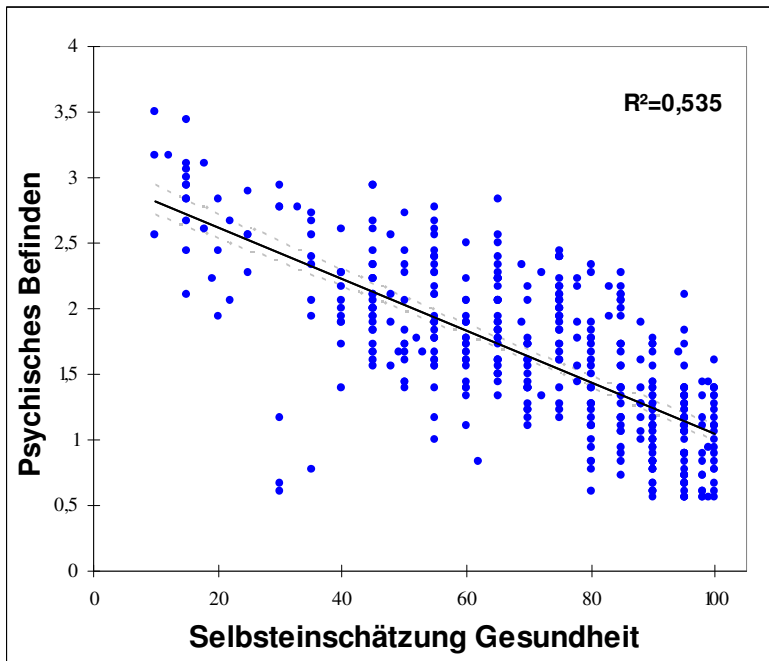


Abbildung 16: Selbsteinschätzung Gesundheit und mittleres psychisches Befinden

Die drei Regressionsgeraden für die drei Nationalitäten sind praktisch identisch und nicht von einander zu unterscheiden, wie die folgende Grafik zeigt (Abbildung 17). Nur sehr wenige Patienten (drei afghanischer Nationalität, einer indischer Nationalität) liegen deutlich unterhalb der Regressionsgeraden, d.h. sie schätzen ihre Gesundheit selbst sehr niedrig ein, obwohl sie sehr niedrige Werte beim psychischen Befinden haben, d.h. gesundheitsbelastende Gefühle oder Beschwerden nie oder selten auftreten. Bei der großen Masse besteht im Durchschnitt ein sehr enger Zusammenhang zwischen der Selbsteinschätzung und dem mittleren psychischen Befinden.

⁵ Die Covarianzanalyse setzt sich aus einer kombinierten Varianz- und Regressionsanalyse zusammen. Hierbei wird gleichzeitig eine Regressionsanalyse zweier intervallskalierten Parameter durchgeführt (z. B. Selbsteinschätzung der Gesundheit und Summe der Krankheiten pro Patient) und eine Varianzanalyse (Berücksichtigung von Gruppen-Unterschieden; hier die drei Nationalitäten) durchgeführt (Sachs 2004). Die Ergebnisse liefern Informationen zum Zusammenhang zwischen zwei Variablen als auch zu Gruppen-Unterschieden.

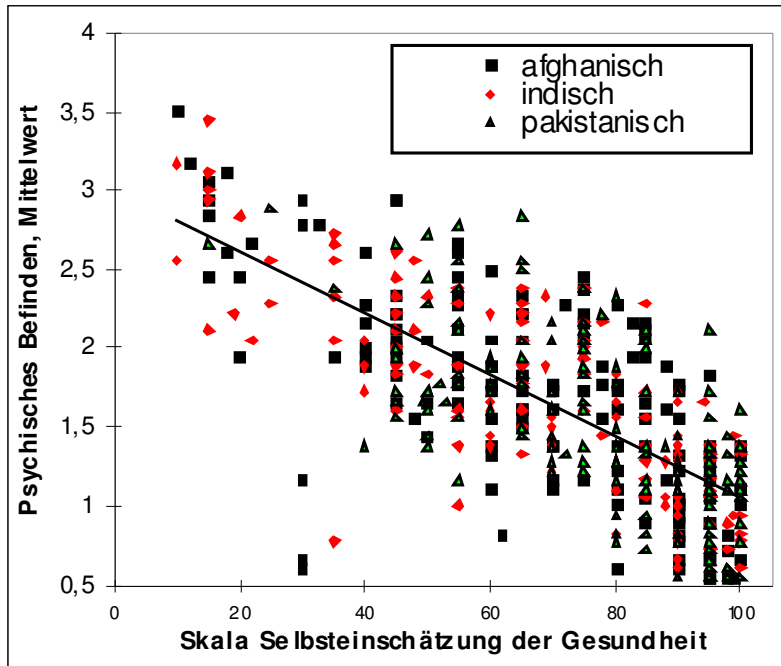


Abbildung 17: Selbsteinschätzung Gesundheit und psychisches Befinden differenziert nach Nationalitäten

3.4.2.2 Selbsteinschätzung der Gesundheit und kumulierte Krankheiten

Zwischen der Zahl der chronischen Krankheiten (kumuliert) der Patienten und der Selbsteinschätzung der Gesundheit besteht ein hochgradig signifikanter Zusammenhang ($p < 0,0001$), wobei hinsichtlich der Nationalitäten ein signifikanter Unterschied ($p = 0,002$) besteht, wie folgende Abbildung 18 zeigt. Patienten pakistanischer Nationalität (grüne Punkte und grüne Regressionsgerade) schätzen ihre Gesundheit im Mittel stets höher ein als die übrigen Nationalitäten (die sehr eng beieinander liegen).

Wie bereits in Tabelle 12 ausgeführt, geben jedoch Pakistaner die meisten Krankheiten pro Person an, so dass hier die kumulierte Zahl an Krankheiten pro Patient am höchsten von allen drei Nationalitäten ist. Das Bestimmtheitsmaß beträgt $r^2 = 0,298$, d.h. dass ungefähr 30 % der Varianz der Selbsteinschätzung der Gesundheit durch die Zahl der Krankheiten (kumuliert) erklärt wird.

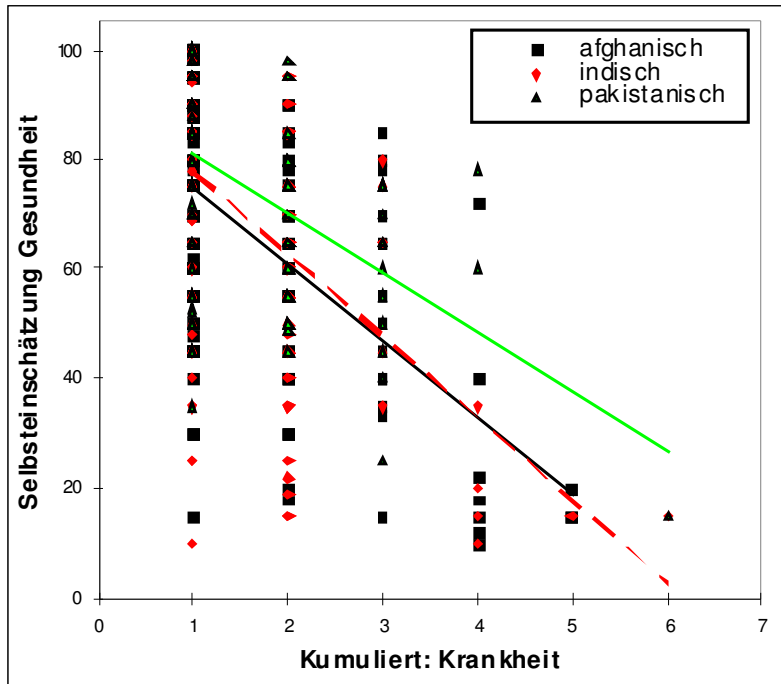


Abbildung 18: Selbsteinschätzung Gesundheit und kumulierte Krankheiten pro Patienten differenziert nach Nationalitäten

3.4.2.3 Selbsteinschätzung der Gesundheit und kumulierte Beschwerden

Zwischen der Zahl der Beschwerden (kumuliert) der Patienten und der Selbsteinschätzung der Gesundheit besteht ein hochgradig signifikanter Zusammenhang ($p < 0,0001$), wobei hinsichtlich der Nationalitäten ein signifikanter Unterschied ($p = 0,023$) besteht, wie folgende Abbildung 19 zeigt. Patienten pakistanischer Nationalität (grüne Punkte und grüne Regressionsgerade) schätzen – bei gleicher Anzahl gleichzeitig auftretender Beschwerden – ihre Gesundheit im Mittel stets höher ein als die übrigen Nationalitäten (die sehr eng beieinander liegen).

Das Bestimmtheitsmaß beträgt $r^2 = 0,218$, d.h. dass ungefähr 32 % der Varianz der Selbsteinschätzung der Gesundheit durch die Zahl der Beschwerden (kumuliert) erklärt wird.

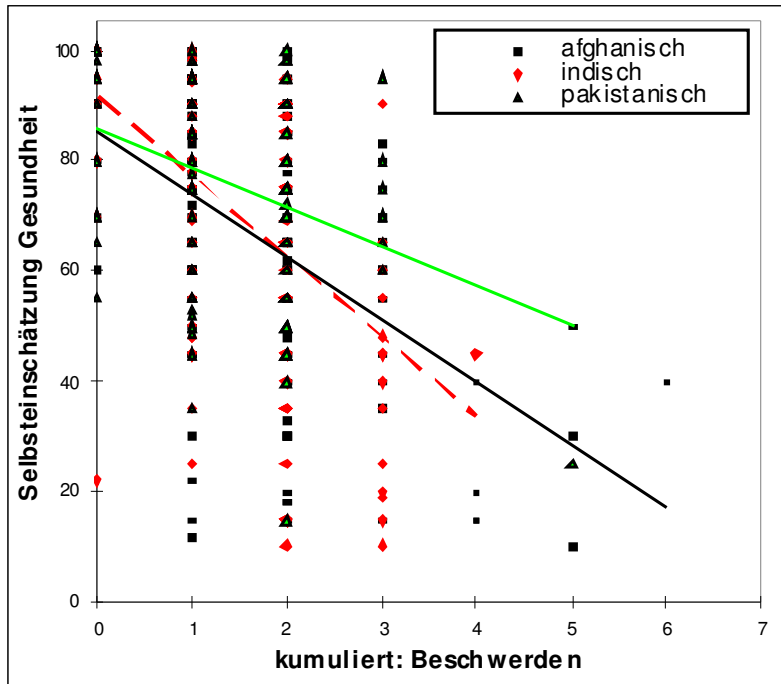


Abbildung 19: Selbsteinschätzung Gesundheit und kumulierte Beschwerden pro Patienten differenziert nach Nationalitäten

3.4.2.4 Selbsteinschätzung der Gesundheit und kumulierter Medikamenten-Konsum

Zwischen der Zahl der Medikamente, die ein Patient gleichzeitig einnimmt, und der Selbsteinschätzung der Gesundheit besteht ein hochgradig signifikanter Zusammenhang ($p < 0,0001$). Hierbei besteht auch hinsichtlich der Nationalitäten ein hoch signifikanter Unterschied ($p = 0,008$), wie folgende Abbildung 20 zeigt.

Patienten pakistanischer Nationalität (grüne Punkte und grüne Regressionsgerade) schätzen ihre Gesundheit – bei gleicher Anzahl an eingenommenen Medikamenten – im Mittel stets höher ein als die übrigen Nationalitäten. Personen indischer Nationalität schätzen bei zwei oder mehr gleichzeitig eingenommener Medikamente ihre Gesundheit geringer ein als Afghanen (daher überkreuzen sich die Regressionsgeraden).

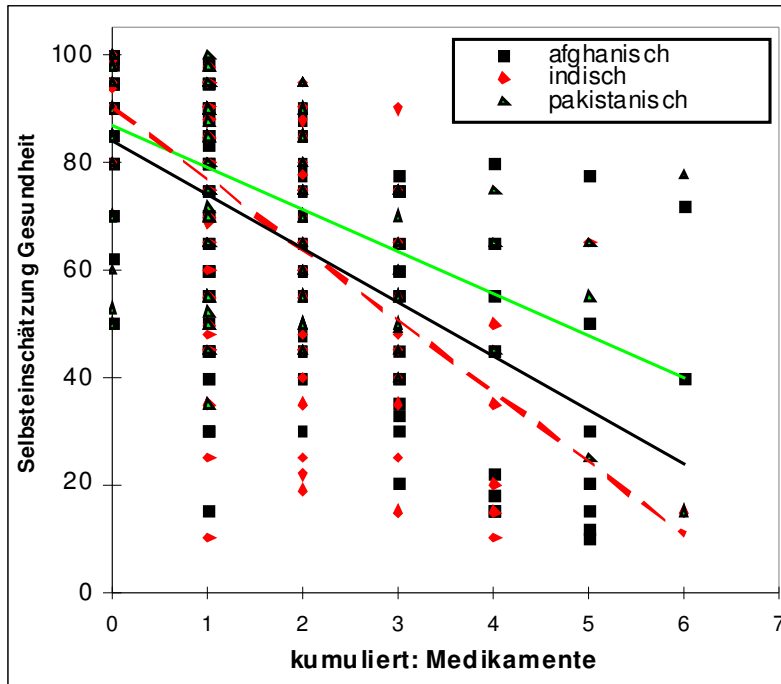


Abbildung 20: Selbsteinschätzung Gesundheit und kumulierter Medikamenten-Konsum pro Patienten differenziert nach Nationalitäten

3.4.2.5 Selbsteinschätzung der Gesundheit und Anzahl der Arztbesuche

Zwischen der Anzahl der Arztbesuche und der Selbsteinschätzung der Gesundheit besteht ein hochgradig signifikanter Zusammenhang ($p < 0,0001$). Hierbei besteht auch hinsichtlich der Nationalitäten ein signifikanter Unterschied ($p = 0,041$), wie folgende Abbildung 21 zeigt.

Patienten pakistanischer Nationalität (grüne Punkte und grüne Regressionsgerade) schätzen ihre Gesundheit – bei gleicher Anzahl an Arztbesuchen – im Mittel höher ein als die übrigen Nationalitäten.

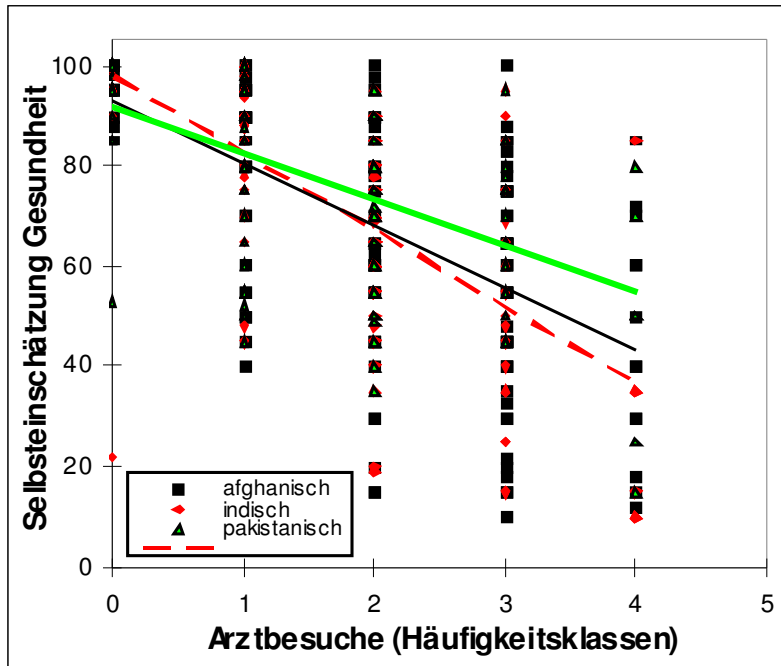


Abbildung 21: Selbsteinschätzung Gesundheit und Häufigkeit der Arztbesuche pro Patienten differenziert nach Nationalitäten

Generell ergibt sich der Eindruck, dass PatientInnen pakistanischer Nationalität „optimistischer“ als die übrigen sind oder zu „erhöhter“ Selbsteinschätzung ihrer Gesundheit neigen. Dies ist bemerkenswert, da sie bei der Frage nach chronischen Krankheiten am meisten Krankheiten pro Person angeben (wobei die Unterschiede jedoch nicht signifikant sind; vgl. Kap. 3.2.1), jedoch am seltensten zum Arzt gehen (vgl. Kap. 3.2.4). Aufgrund der Tatsache, dass Pakistani weniger Beschwerden angeben und weniger Medikamente einnehmen, scheint daher die positive Selbsteinschätzung gerechtfertigt zu sein.

4 Diskussion

4.1 Patienten mit Migrantenhintergrund in Deutschland

In dieser Arbeit wird untersucht, aus welchen Gründen sich Patienten mit „Migrantenhintergrund“ in Deutschland hausärztlich versorgen lassen und welche spezifischen Wahrnehmungen aus dem Lebensalltag – Krankheitsbilder, Krankheitsvorstellungen, Behandlungserwartungen – ihr gesundheitliches Empfinden beeinflussen (vgl. Kap. 1.4). Hierzu soll nachfolgend zunächst eine allgemeine Übersicht zu gesellschaftlichen und gesundheitlichen Aspekten derartiger Patienten gegeben werden. Dabei erfolgt eine Betrachtung hinsichtlich der gesellschaftlichen Integration (Kap. 4.1.1), den Auswirkungen des sozialen Ungleichgewicht auf die Gesundheit (Kap. 4.1.2), den spezifischen Gesundheitsbelastungen (Kap. 4.1.3) und speziell von Migrantinnen (Kap. 4.1.4).

4.1.1 Gesellschaftliche Integration

Das subjektive Lebensgefühl von Migranten in Deutschland wird stark durch die Aufnahmesituation beeinflusst. Aufgrund der oft abweisenden Haltung der Gesellschaft fühlen sich immer mehr Migranten missachtet und ausgegrenzt. Objektive Untersuchungen belegen jedoch die häufig gute Integration insbesondere unter den Arbeitsemigranten. Das soziale Klima und damit die subjektive Wahrnehmung Migranten hat sich jedoch verschlechtert. Spezifische Arten von Armut und Devianz sowie härtere Formen der Kriminalität verschrecken viele Deutsche (Collatz et al. 1992).

Dieses Gesellschaftsumfeld führt bei den Migranten zu unterschiedlichen Lebensstilen, spezifischen Gesundheitssituationen und Versorgungsproblemen. Die sich abzeichnenden kulturellen Subsysteme basierend auf den biographischen Verankerungen (z. B. familiäre Systeme, Wert- und Ehrbegriffen, Rollenauffassungen) werden von den Betroffenen sehr unterschiedlich eingestuft und bewertet. Aufgrund dieser Heterogenität können nur bedingt allgemeine Aussagen getroffen werden (Thranhardt et al. 1994; Thranhardt 1999).

Wesentliche Aussagen können zu den größten in Deutschland existierenden Migranten- und Flüchtlingsgruppen getroffen werden, die aus der Türkei (ca. 2 Mio. Mitbürger), Osteuropa (ca. 4 Mio. Mitbürger) und die extrem problembelastete Gruppe der Asylbewerber bzw. Flüchtlinge. Trotz aller Heterogenität können für diese Gruppen Gemeinsamkeiten z. B. bzgl. spezifischer Gesundheitsrisiken und besondere Probleme der Versorgung nachgewiesen werden.

Die unterschiedlichen Aufenthaltsstatus für Asylbewerber oder Flüchtlinge wirken sich als Einschränkungen auf die Finanzierung von Behandlungsmöglichkeiten aus. Außerdem spielen Abschiebeängste oder die Bedrohung des Aufenthaltsstatus bei den Entscheidungen zu Hilfestellungen, Krankenhausaufenthalten etc. eine wesentliche Rolle, was mit großen Gesundheitsrisiken verbunden ist (Seifert 1995).

Darüber hinaus sind innerhalb der Generationen und Geschlechter bzgl. der deutschen Sprachkenntnisse erhebliche Unterschiede zu verzeichnen. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass nachfolgende Generationen von Immigranten die deutsche Sprache besser beherrschen, was eine bessere Integration erwarten ließe. Im Gegensatz zu dieser Erwartung ist jedoch seit 1990 eine zunehmende Segregation erkennbar, was wahrscheinlich auf eine wachsende Distanz zwischen der deutschen und der ausländischen Wohnbevölkerung zurückzuführen ist (Seifert 1995).

4.1.2 Soziale Ungleichheit und Gesundheit

Bei der sozialen Ungleichheit ist zwischen objektiven (*health inequality*, also gesundheitlicher Unterschied) und subjektiven Kriterien (*health inequity*, also gesundheitlicher Ungleichheit) zu unterscheiden. Der zuerst genannte Aspekt umfasst die statistisch nachweisbaren Differenzen (z. B. Morbidität und Mortalität), während sich *health inequity* auf Empfinden der Individuen (ungerechte Behandlung) bezieht. Zusätzlich wird zwischen horizontaler Gleichheit (*horizontal equity*), wonach Personen mit gleichen Gesundheitsproblemen gleich behandelt werden sollen, und vertikaler Gleichheit (*vertical equity*) mit unterschiedlicher Behandlung für unterschiedliche Gesundheitsprobleme differenziert (Elkeles/Mielk 1993).

Die Gleichbehandlung von Menschen erfordert die Schaffung von Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung. WHITEHEAD definierte hierfür 1991 folgende Kriterien (Whitehead 1991):

- Gleicher Zugang zur verfügbaren Versorgung bei gleichem Bedarf

- Gleiche Inanspruchnahme bei gleichem Bedarf
- Gleiche Qualität der Versorgung

Insbesondere die Lebensbedingungen von Migranten zeichnen sich nicht nur durch die klassischen Merkmale Ausbildung, Beruf oder Einkommen gegenüber der restlichen Gesellschaft durch soziale Ungleichheit aus. Verschiedene weitere Kriterien bei einem sozialen Vergleich wirken sich direkt auf die gesundheitliche Stellung aus (Bös 1995; Weilandt et al. 2003):

- gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen
- höhere körperliche Arbeitsbelastung
- geringere Alterssicherung
- vielfach höhere Arbeitslosigkeit
- schlechtere Wohnbedingungen

Die genannten Faktoren führen zu vergleichsweise höheren Gesundheitsrisiken und geringeren Chancen und Zugangsmöglichkeiten zu einer angemessenen Versorgung, die dem Niveau der Mehrheitsgesellschaft entspricht. Weitere Belastungsfaktoren können z.B. alltägliche gesellschaftliche Probleme wie Ausgrenzung oder Rassismus sein, welche zu erheblichen psychischen Beanspruchungen führen und sich damit auf den Gesundheitszustand auswirken können (vgl. Kap. 1.2.2; Weilandt et al. 2003; Weyers 2007).

4.1.3 Gesundheitsbelastungen

Die bestehenden sozialen Ungleichheiten (vgl. Kap. 4.1.2) bewirken eine stärkere gesundheitliche Belastung bei Menschen mit Migrantenhintergrund. Häufig beobachtete chronische Überforderungen führen zu einer mangelnden Vorsorgeorientierung, einem schlechteren Allgemeinzustand, der sie vorzeitig gealtert erscheinen lässt, einer depressiven Stimmungslage sowie chronischen Schmerzen (Flatten 1994). So konnte bereits Anfang der 1990er Jahre festgestellt werden, dass dieser Personenkreis deutlich häufiger von Unfällen, frühzeitigem Verschleiß und chronischen Krankheiten betroffen ist (Collatz et al. 1992). Dies spiegelt sich auch in der hohen Quote von Frühverrentungen oder Schwerbehinderungen wieder (ebd.).

4.1.4 Spezifische Belastungen für Migrantinnen

Gerade für Frauen mit Migrantenhintergrund belegen die verfügbaren Studien gesonderte Gesundheitsaspekte (z. B. fetoinfantilen Mortalität und Morbidität) oder früher und häufiger auftretende chronische Erkrankungen im Alter ab 50 Jahren mit deutlich höheren Morbiditäts- und Mortalitätsrisiken (Auernheimer 1995). Gerade diese Personengruppe hat oft keinen Zugriff auf gesundheitsfördernde Informationen und Maßnahmen des deutschen Gesundheitssystems. So werden Vorsorgeuntersuchungen seltener wahrgenommen, es erfolgt eine schlechtere Schwangerschaftsüberwachung und auch die von ihnen geborenen Kinder weisen eine höhere perinatale Mortalität und Frühgeburtenrate auf. Die geringe Inanspruchnahme derartiger Leistungen des Gesundheitssystems (Elkeles/Seifert 1996, Razum et al. 1998) führt zu höheren Kostenaufwendungen durch die Krankenkassen im Alter und einem früheren Renteneintritt und damit Belastungen anderer Sozialsysteme (Kürsat-Ahlers 1985).

Außerdem führt die intensive Einbindung von Frauen in familiäre Belange häufig dazu, dass diese oft bei Erkrankungen erst verzögert oder gar keine Zeit für einen Arztbesuch aufbringen können (Korporal 1985).

4.2 Spezielle Aspekte bei Patienten aus Afghanistan, Indien und Pakistan

Spezielle wissenschaftliche Untersuchungen zu Patienten aus Afghanistan, Indien oder Pakistan in Deutschland liegen nicht vor. Zu vermuten ist, dass dieser Personenkreis in Deutschland zu klein ist, um als eigenständige Gruppe zur medizinischen Versorgung wahrgenommen zu werden. Grundsätzlich ist jedoch festzuhalten, dass die allgemein gültigen Beobachtungen, die bereits in den Kapiteln 4.1 und 1.2 getroffen wurden, auch hier gelten.

Nachfolgend werden besondere Aspekte der Religion (Kap. 4.2.1), der medizinischen Versorgung in den Herkunftsländern (Kap. 4.2.2) und von Kindern (Kap. 4.2.3) sowie volksmedizinische Erklärungsmuster (Kap. 4.2.4) betrachtet.

4.2.1 Einfluss der Religion

Ein wichtiger Faktor bei der Behandlung von Patienten aus den genannten Ländern sind die Religionen (Hinduismus bzw. Islam), die in den jeweiligen Ländern vorherrschen. Aufgrund der hohen Anzahl von Personen mit Migrantenhintergrund aus der Türkei, können zumindest zu diesem Aspekt verschiedene Untersuchungen bei der Behandlung von Moslems herangezogen werden.

Allgemein zeigt sich, dass Muslime mit gesundheitlichen Problemen, die nicht gleich zu deutlichen Beschwerden führen, diese zunächst eher verschleppen. Erst wenn sich konkrete Symptome zeigen, erfolgt ein Besuch beim Arzt. Für dieses Verhaltensmuster der verzögerten Inanspruchnahme gibt es verschiedene Gründe.

So haben die Patienten oft Angst, dass der konsultierte Arzt eine gravierende Krankheit feststellen könnte. Kranksein bedeutet jedoch, an der Schwelle zum Tod zu stehen. Selbst starke Fieberanfälle werden daher oft nur als unbedeutendes Unwohlsein abgetan (Ilkiliç 2002). Damit besteht eine erheblich größere Hemmschwelle bei den Patienten, sich selbst gegenüber eine Krankheit einzugestehen.

Weiter sind spezielle ethisch-moralische Aspekte und Regeln des Islam ausschlaggebend, der strenge Regeln im gegengeschlechtlichen Umgang vorschreibt. Die religiösbedingten Vorgaben zum Schamgefühl führen dazu, dass sich Muslime schämen, sich vor fremden Personen – auch einem Arzt – zu entkleiden oder über die Intimsphäre zu sprechen. Dies betrifft auch wichtige Indizien für eine fundierte Diagnose wie Schlafverhalten, Stuhlgang, Erbrechen etc. (Becker et al. 1998).

Hinduismus und Islam sind darüber hinaus stark von der Einflussnahme der jeweiligen Gottheit geprägt, die das Schicksal der Menschen steuert. Krankheiten werden demnach als „gewollte“ Strafe Gottes wahrgenommen, und verleiten zu einer Passivität der Betroffenen (Ilkiliç 2002). Diese religiösen Erklärungsmuster, insbesondere bei psychische, psychiatrische oder psychosomatische Beschwerden, haben eine entlastende Funktion, da der Patient die Verantwortung nicht bei sich selbst sucht.

Beide Religionen sehen den menschlichen Körper als Gabe der Gottheit an. Deshalb schreibt der Islam explizit vor, dass ein Moslem auf seine Gesundheit zu achten habe – deshalb auch z.B. das strikte Alkoholverbot. Am jüngsten Tag verlangt Allah Rechenschaft über dieses Geschenk, wie eine Personen damit umgegangen ist (Ilkiliç 2002). Im Hinduismus dagegen wird die Wiedergeburt postuliert. Je nach Verhalten während des Menschseins erfolgt diese wiederum als Mensch oder Tier. Im Rahmen

einer medizinischen Versorgung können jedoch alkoholhaltige Medikamente akzeptiert werden, wenn keine Ersatzmedikamente zur Verfügung stehen (Ilkiliç 2002).

Eine Besonderheit im Islam stellt die Zeit des Ramadan und den damit verbundenen Fasten-Regelungen dar. Strenggläubige Muslime können daher die Einnahme von Medikamenten während des Tages verweigern, obwohl der Koran ausdrücklich Kranke von der Fastenpflicht entbindet (Ilkiliç 2002).

4.2.2 Medizinische Versorgung in den Herkunftsländern

In den Herkunftsländern Afghanistan, Indien und Paktistan existiert kein wie in Deutschland gestaltetes Gesundheitssystem als Solidargemeinschaft. Dort sind die jeweiligen Patienten selbst für die Kosten einer medizinischen Versorgung verantwortlich. Aufgrund des insbesondere im ländlichen Bereich geringen Bildungsstandes ist außerdem die Betreuung der Bevölkerung oft unzureichend. Diese Vorstellungen werden von den Migranten mitgenommen, weshalb sie bei aufkommenden Krankheiten nicht direkt einen Arzt aufsuchen. Der geringe Wissensstand über einzelne Symptome wird darüber hinaus häufig unterschätzt.⁶

Besondere Vorgaben für eine Gesundheitsvorsorge oder Vorsorgeuntersuchungen gibt es in diesen betroffenen Ländern nicht. Untersuchungen während der Schwangerschaft oder Schutzimpfungen als Präventivmaßnahmen sind nicht üblich.

Aufgrund der starken somatischen Ausrichtung des Gesundheitsverständnisses der Patienten (vgl. Kap. 1.2.3) wird von den Betroffenen eine Medikamentation erwartet. Dabei wird aufgrund der gängigen Praxis im Ausland, schnell auf starke Medikamente zurückzugreifen, auch von hiesigen Ärzten erwartet, ähnlich zu verfahren. Dadurch wird bei der medizinischen Versorgung nach schnellen Lösungen verlangt, Langzeittherapien stoßen dagegen eher auf Unverständnis und werden bei ausbleibender rascher Wirkung ggf. eigenmächtig abgebrochen.

4.2.3 Medizinische Betreuung von Kindern

In Islam und Hinduismus genießen Kinder einen speziellen Stellenwert, weshalb für sie auch bei der medizinischen Versorgung andere Regeln gelten. So sind z.B. Kleinkinder von den Regelungen zum Schamgefühl ausgenommen. Krankheiten, als Be-

⁶ Der Autor selbst ist Moslem indischer Abstammung, weshalb an dieser Stelle auch persönliche Erfahrungen und Kenntnisse eingebracht wurden.

drohungen wahrgenommen, lassen daher muslimische Eltern eher einen Arzt konsultieren, als deutsche Eltern.

4.2.4 Volksmedizinische Erklärungsmuster

Islam und Hinduismus deuten den menschlichen Körper als Einheit. Krankheiten werden daher ganzheitlich gesehen und nicht auf einzelne Bereiche des Körpers reduziert. So wissen viele Patienten kaum etwas über die verschiedenen Körperfunktionen und die Lokalisation und Aufgabe der jeweiligen Organe.

Deshalb existieren in diesen Gesellschaften spezielle volksmedizinische Erklärungsmuster abhängig von familiärem Umfeld und Schulbildung. Erklärungen für Erkrankungen, die in den Ländern Afghanistan, Indien und Pakistan etabliert sind, werden von Ärzten in Deutschland nicht akzeptiert, weshalb Patienten oft befürchten, nicht ernst genommen und ggf. verspottet zu werden. Folgende Faktoren können bei derartigen Patienten nach DETTMERS eine Rolle spielen (Razum et al. 2005; Dettmers 2002 mit weiterführenden Erläuterungen):

- Böser Blick⁷
- Böser Zauber, Magie
- Dämonen
- Humorale Krankheitskonzepte (Vorstellungen der Körperflüssigkeiten in Anlehnung an Galen)
- Naturalistische Krankheitskonzepte (Feuer, Erde, Wasser, Luft)
- Mechanische Krankheitskonzepte (Fallen oder Verrutschen von Organen)

4.3 Vergleich bisheriger Untersuchungen mit den ermittelten Ergebnissen

Rahimzei (2007) untersuchte in seiner Arbeit den Einfluss von Stress auf den Gesundheitszustand von Migranten afghanischer Herkunft. Dabei konzentrierte er sich

⁷ Die Vorstellung des „bösen“ Blicks ist auch im mediterranen Bereich eine weitverbreitete Vorstellung (Dettmers 2005).

auf die Faktoren Aufenthaltsstatus, Aufenthaltsdauer, Besuchshäufigkeit beim Arzt sowie die gesundheitliche Selbsteinschätzung.

4.3.1. Aufenthaltsstatus

55 % der in dieser Untersuchung einbezogenen Probanden weisen die deutsche Staatsbürgerschaft auf, zusätzlich haben 31 % eine unbefristete Aufenthaltsgenehmigung (vgl. Kap. 3.1.5). Die durchgeführten Detailuntersuchungen erbrachten keinerlei konkrete Hinweise, ob sich der Aufenthaltsstatus auf die Gesundheit der Personen mit Migrantenhintergrund auswirkt. Weder die Auswertungen bzgl. der kumulierten Krankheiten (vgl. Kap. 3.2.1.3), noch der kumulierten Beschwerden (vgl. Kap. 3.2.2.3) oder der kumulierten Medikamente (vgl. Kap. 3.2.3.3) erbrachten eindeutige Tendenzen oder stark signifikante Unterschiede.

Rahimzei (2007) konnte dagegen für seinen Patientenstamm einen deutlichen Zusammenhang zwischen Aufenthaltsstatus und der Anzahl der Arztbesuche nachweisen. Je unsicherer der Aufenthaltsstatus ist, desto höher ist in dieser afghanischen Population die Zahl der Arztbesuche pro Jahr.

4.3.2. Besuchshäufigkeit beim Arzt

Die Untersuchungen der in dieser Studie berücksichtigten Patienten zeigten eindeutige Unterschiede zwischen den Nationen (vgl. Kap. 3.2.4). So heben sich die Personen mit Migrationshintergrund aus Pakistan signifikant von den Indern und Afghanen ab. Wenn die Zahl der jährlichen Arztbesuche als Indikator für den Gesundheitszustand herangezogen wird, so ist dieser bei den Pakistanis am besten gestellt. Dass Patienten, die aus Afghanistan stammen, sehr häufig Ärzte aufsuchen, bestätigen die Ergebnisse von Rahimzei (2007). Von den in dessen Patientenkollektiv berücksichtigten Personen nahm sogar die Mehrzahl pro Jahr mehr als 20 Arztbesuche wahr.

4.3.3. Gesundheitliche Selbsteinschätzung

Ähnlich wie bei der Auswertung der Arztbesuche gaben auch die Patienten, die aus Pakistan stammen, für ihre gesundheitliche Selbsteinschätzung höhere d.h. bessere Werte an, als die Vergleichsgruppen aus Indien und Afghanistan (vgl. Kap. 3.4.1).

Diese Aussage findet ihre Bestätigung bei den Detailuntersuchungen. So heben sich die Pakistanis jeweils bei der gesundheitlichen Selbsteinschätzung unter Berücksichtigung der Parameter kumulierte Krankheiten (vgl. Kap. 3.4.2.2), der kumulierten Beschwerden (vgl. Kap. 3.4.2.3) und der kumulierten Medikamente (vgl. Kap. 3.4.2.4) stets positiv ab.

In der Arbeit von Rahimzei (2007) konnte ein deutlicher Bezug zwischen der gesundheitlichen Selbsteinschätzung und Merkmalen der Migration nachgewiesen werden. Sie besteht eine eindeutige Koorelation zwischen der Aufenthaltsdauer oder dem Aufenthaltsstatus und der Wohlfühverhalten in Deutschland. Er konnte nachweisen, dass ein geringerer Stressfaktor sich eindeutig positiv auf die gesundheitliche Situation von afghanischen Migranten auswirkt.

4.3.4. Bedeutung des psychischen Wohlbefindens

Das psychische Wohlbefinden hat eine große Bedeutung für die gesundheitliche Wahrnehmung der Patienten und wirkt sich als einflussgebender Faktor mit über 50 % auf die gesundheitliche Selbsteinschätzung von Patienten mit Migrantenhintergrund aus (vgl. Kap. 3.4.2.1). Damit spielen die tatsächlichen gesundheitlichen Beschwerden eine deutlich geringere Rolle. Offensichtlich bewirkt ein positives psychisches Wohlbefinden, dass Patienten mittels unbewusster Autosuggestion ihre eigene Gesundheit besser empfinden. Aus Sicht der medizinischen Versorgung und Prävention sollte daher bei der Integration von Migranten das psychische Wohlbefinden gefördert werden.

5 Zusammenfassung

In Deutschland repräsentieren Personen mit Migrantenhintergrund derzeit ca. 18 % der Gesamtbevölkerung. Diese heterogene Gruppe stellt eine neue Herausforderung an das deutsche Gesundheitssystem, da sich aus deren individuellen Historie spezifische Gesundheitsrisiken ergeben können. Diese Patienten bringen aus den Kulturkreisen Ihrer Heimatländer eigene Vorstellungen und Verhaltensstrukturen mit, die u.a. zu Kommunikationsproblemen und differierenden Krankheitskonzepten im Vergleich zu Patienten aus Mitteleuropa führen. In der medizinischen Versorgung – u.a. in der Allgemeinarztpraxis – ist es entscheidend, die spezifischen Krankheitsbilder und -wahrnehmungen zu kennen und zu berücksichtigen, um eine angemessene medizinische Versorgung gewährleisten zu können.

In den bisherigen Betrachtungen und Studien wurden insbesondere Patienten aus den gängigen Herkunftsländern Europas oder z.B. der Türkei berücksichtigt. Detailliertere Untersuchungen zu Migranten aus dem Mittleren Osten lagen bisher kaum vor. Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, die spezifischen Wahrnehmungen aus dem Lebensalltag – Krankheitsbilder, Krankheitsvorstellungen, Behandlungserwartungen – von Mitbürgern aus Indien, Pakistan und Afghanistan für detaillierter darzustellen. Gleichzeitig erfolgte ein Vergleich zwischen den einzelnen Nationalitäten.

Als Datenbasis wurden Patienten aus den genannten diesen Ländern mittels Fragebogentechnik interviewt, die seit ca. 1960 bis heute aus unterschiedlichen Gründen nach Deutschland immigriert sind, im Großraum Köln leben und einen Teil der deutschen Gesellschaft bilden. Für die einzelnen Herkunftsländern wurden jeweils ca. 150 Patienten aus 3 Allgemeinarztpraxen berücksichtigt. Neben persönlichen Daten wurden u.a. Parameter zum soziodemographischen Hintergrund, dem gesundheitlichen Zustand und der zur subjektiven Lebenszufriedenheit erfasst. Anschließend wurden die Daten statistisch ausgewertet.

Die Auswertung der erfassten Daten zeigte, dass Männer aus dem Mittleren Osten grundsätzlich nach eigenen Angaben eine bessere gesundheitliche Lage aufweisen als Frauen.

Als wesentliche Faktoren, die sich eindeutig auf die Gesundheit von Migranten auswirken, konnten insbesondere die Schul- und Berufsbildung sowie die Berufsaus-

übung gefunden werden. Je besser die Ausbildung ist bzw. eine qualifizierte Berufstätigkeit vorliegt, desto besser ist auch die gesundheitliche Situation der Migranten. Dieses Aussage konnte u.a. anhand des Medikamentenkonsums, der Anzahl der angegebenen Beschwerden und der Anzahl der angegebenen Krankheiten verifiziert werden.

Dagegen konnte kein Zusammenhang zwischen dem Aufenthaltsstatus – und damit wohl auch der Aufenthaltsdauer – und dem Gesundheitsstatus beobachtet werden. Diese anhand der Patienten aus dem Raum Köln ermittelte Aussage steht im Widerspruch zu der Untersuchung von Rahimzei 2007, der diese Faktoren als ausschlaggebend für den Gesundheitsstatus herausstellte.

Bei einem Vergleich der in dieser Studie berücksichtigten Herkunftsländer konnte schließlich gezeigt werden, dass deutliche Unterschiede zwischen den Nationalitäten hinsichtlich der Krankheitsbilder und -wahrnehmung bestehen. So stufen Pakistani ihren Gesundheitsstatus regelmäßig besser ein als Afghanen oder Inder. Als Gründe für dieses Phänomen können z.B. eine besser Integration bzw. eine größere Akzeptanz der in Deutschland vorgefundenen Faktoren oder auch eine größere Nähe Pakistans an westliche Werte und Traditionen an die mitteleuropäische Kultur gesehen werden. Eine weitere mögliche Ursache könnte sein, dass Pakistan und Deutschland traditionell enge politische, wirtschaftliche kulturelle Beziehungen pflegen, wodurch bereits im Heimatland eine positive Einstellung zu Deutschland entsteht.

Der wichtigste Faktor für die gesundheitliche Selbsteinschätzung ist das psychische Wohlbefinden von Migranten. Durch positives Einwirken auf diesen Umstand kann damit die Integration in die Gesellschaft wesentlich beeinflusst werden.

6 Literaturverzeichnis

- Albani C, Blaser G, Geyer M, Bailer H, Grulke N, Schmutzer G, Brähler (2006): Innerdeutsche Migration und psychische Gesundheit. APuZ 44-45:26-32
- Aratow K (1996): Interkultureller Vergleich der Schmerzwahrnehmung und Krankheitsverarbeitung bei türkischen und deutschen Patienten mit chronischer Polyarthrit. Europäische Hochschulschriften, Reihe 6: Psychologie, 544, Lang, Frankfurt/M. u.a.
- Auernheimer G (1995): Einführung in die interkulturelle Pädagogik. WBG, Darmstadt
- BBA 2000: Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen.
- Becker H (1984): Die Bedeutung der subjektiven Krankheitstheorie des Patienten für die Arzt-Patienten-Beziehung. Psychotherapie, Med Psychol 34:313-321
- Becker S, Wunderer E, Schultz-Gambard J (1998): Muslimische Patienten. Ein Leitfaden zur interkulturellen Verständigung in Krankenhaus und Praxis. Zuckschwerdt, München u.a.
- Bischoff C, Zenz, H (1989): Patientenkonzepte von Körper und Krankheit. Huber, Bern
- Bös M (1995): Migranten und soziale Ungleichheit; soziale und politische Schließungen in westlichen Industrieländern. In: Seifert W (Hrsg.): Wie Migranten leben. Wissenschaftszentrum Berlin, Berlin, 17-24
- Borde T, David M (2005): Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund. Lebenswelten, Gesundheit und Krankheit. Mabuse, Frankfurt/M.
- Brucks U (2004): Migration und psychische Erkrankung. Der blinde Fleck der medizinischen Versorgung in Deutschland. Psychoneuro 30 (4):228–231
- Collatz J, Brandt A, Salman R (1992): Was macht Migranten krank? Zur Problematik von Rassismus und Ausländerfeindlichkeit und von Armutdiskriminierung in psychosozialer und medizinischer Versorgung. EB-Verl. Rissen, Hamburg
- Dettmers C (2002): Gesundheit, Migration, Krankheit. Sozialmedizinische Probleme und Aufgaben in der Nervenheilkunde. Hippocampus, Bad Honnef

- Dreißig V (2005): Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus. Eine Studie zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patienten mit Migrationshintergrund. Transcript, Bielefeld
- Droste S, Gerhardus A, Kollek R (2003): Methoden zur Erfassung ethischer Aspekte und gesellschaftlicher Wertvorstellungen in Kurz-HTA-Berichten – eine internationale Bestandsaufnahme. Schriftenreihe des HTA des DIMDI, 9, Medicombooks, Niebüll
- Dubach UC, Rechenberg CN v (1977): Krankheitsverständnis und Patienten-Arzt-Beziehung in der Ambulanz. Deutsche medizinische Wochenschrift 102, 35:1239-1244
- Elkeles T, Mielk A (1993): Soziale und gesundheitliche Ungleichheit. Theoretische Ansätze zur Erklärung von sozioökonomischen Unterschieden in Morbidität und Mortalität. WZB Forschung P93-208, WZB Wissenschaftszentrum, Berlin
- Elkeles T, Seifert W (1996): Immigrants and Health: Unemployment and Health-risk of Labour Migrants in the Federal Republic of Germany. Soc Sci Med 43:1033-1047
- Faller H (1983): Subjektive Krankheitstheorien als Forschungsgegenstand von Volkskunde und medizinischer Psychologie. Curare 6:163-180
- Faller, H (1997): Subjektive Krankheitstheorien bei Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz. Z Klin Psychol Psychiatr Psychother 45:264-278
- Faller H, Schilling S, Lang H (1991): Die Bedeutung subjektiver Krankheitstheorien für die Krankheitsverarbeitung. Im Spiegel der methodischen Zugänge. In: Flick U. (Hrsg.): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Asanger, Heidelberg, 28-42
- Flaschke A (1992).: Gesellschaftliche Reaktion auf psychische Erkrankungen im interkulturellen Vergleich am Beispiel von Indien und der Bundesrepublik Deutschland. Dipl.-Arb. FH Kiel
- Flatten W (1994): Gesundheitsprobleme der ausländischen Bevölkerung, ihre ambulante medizinische Versorgung und dringliche Forschungsmaßnahmen. In: Illhardt FJ, Effelsberg W (Hrsg.): Medizin in multikultureller Herausforderung. G. Fischer, Stuttgart, 41-57
- Flick U (Hrsg.) (1998): Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Juventa, Weinheim/München

- Georgi R v (2006): Theorie und Messung subjektiver Beschwerden. Der Andere Verl., Tönning/Lübeck/Marburg
- Gesundheitsbericht des Bundes (2008): Häufigste Diagnosen in Prozent der Behandlungsfälle in Arztpraxen in Nordrhein (Rang und Anteil). http://www.gbe-bund.de/oowa921-in-stall/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/354819678/20562477#FOOTNOTES. Abfrage vom 14.7.2008
- Ghaeni Z (1999): Geschlechterrollen in unterschiedlichen Kulturen – Frauen und Männer aus verschiedenen Kulturen in der Klinik. In: Ghaeni Z (Hrsg.): Krank in der Fremde. Perspektiven zur interkulturellen Entwicklung von deutschen Kliniken. VAS Verlag, Frankfurt am Main, 58-65
- Hagemann T (Hrsg.) (2002): Interkulturelle Beratung. Grundlagen, Anwendungsbeispiele und Kontexte in der psychosozialen und gesundheitlichen Versorgung. Reihe Forum Migration, Gesundheit, Integration, 2, VWB, Berlin
- Ilkiliç I (2002): Der muslimische Patient. Medizinethische Aspekte des muslimischen Krankheitsverständnisses in einer wertpluralen Gesellschaft. Lit, Münster
- Kielhorn R (1984): Symptomwandel bei Erkrankungen von Gastarbeitern. In: Kente-nich H, Reeg P, Westerkamp H (Hrsg.): Zwischen zwei Kulturen. Was macht Ausländer krank? Berlin, 14-23
- Knipper M, Akinci A (2005): Wahlfach „Migrationsmedizin“ – Interdisziplinäre Aspekte der medizinischen Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund. Das erste reguläre Lehrangebot zum Thema „Medizin und ethnisch-kulturelle Vielfalt“ in Deutschland. In: Zeitschrift für Medizinische Ausbildung 22, 4
- Kohnen N (Hrsg.) (1997): Kognition, Krankheit, Kultur, Bd. 1: Ethnomedizin, Bd. 2, 3: Kognitions-psychologie, VWB, Berlin
- Korporal J (1985): Arzneimittelverordnungen, physikalische Therapie, Heilverfahren und Rehabilitation bei Arbeitsmigranten. Ergebnisse offener Interviews mit Ärzten und Sozialarbeitern. In: Collatz J, Kürsat-Ahlers E, Korporal J (Hrsg.). Gesundheit für alle. Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik. Verlag Rissen, Hamburg

- Kürsat-Ahlers E (1985): Die Welt der türkischen Frauen und Mädchen. In: Collatz J, Kürsat-Ahlers E, Korporal J (Hrsg.). Gesundheit für alle. Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik. Verlag Rissen, Hamburg
- Kuhn B (2000): Unterschiede im Krankheitsverständnis und transkulturelle Pflege. In: Zeitschrift für medizinische Ethik 46,3:199
- Lenz I (2006): Wie können wir Ethnizität und Geschlecht zusammendenken? Der Kampf der Kulturen und Geschlechter: Zum Kopftuch vor den Augen ... In: Sozialmagazin 31,1:17-23
- Lipson JG, Omidan PA (1992): Health issues of Afghan refugees in California. West J Med 157:271–275
- Lux T (Hrsg.) (2003): Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin – Medizinethnologie – Medical Anthropology, Reimer, Berlin
- Ney M (2004): Subjektive Krankheitskonzepte von Patienten mit somatoformen Symptomen und ihre Veränderung im Rahmen der hausärztlichen Behandlung. Diss. Freiburg/Br.
- Oppen M, Bürkardt D, Schneider H (1984): Verteilung von Arbeitsunfähigkeitsrisiken in der Erwerbsbevölkerung, Berliner Krankenstand im interregionalen Vergleich. BPT-Bericht, Gesell. Für Strahlen- und Umweltforschung, Bereich Projektträgerschaften 84, München
- Pollakowski A (1995): Krankheitsverständnis und Kultur. Möglichkeiten einer kulturübergreifenden Pflege. In: Pflege Aktuell 49,4:258-261
- Poustka F (1984): Psychiatrische Störungen bei Kindern ausländischer Arbeitnehmer. Enke, Stuttgart
- Rahimzei MJ (2007): Einflüsse von Aufenthaltsdauer, Aufenthaltsstatus und Disstress auf die Besuchshäufigkeit und die gesundheitliche Selbsteinschätzung bei afghanisch-stämmigen Patienten in der Allgemeinpraxis, Diss. Hamburg
- Razum O, Zeeb H, Akgün HS, Yilmaz S (1998): Low Overall Mortality of Turkish Residents in Germany Persists and Extends into a Second Generation: Merely a Healthy Migrant Effect? In: Trop Med Int Health 3/4:297-303
- Razum O, Geiger J, Zeeb H, Ronellenfisch U (2004): Gesundheitsversorgung von Migranten. Deutsches Ärzteblatt 101,43:A-2882.

- Schuler J (1997): Krankheit, Heilung und Kultur. Skizzen aus der Ethnomedizin. VWB, Berlin
- Seifert W (1995): Arbeitsmigranten in der Bundesrepublik: Lebensbedingungen und soziale Lage. In: Seifert W (Hrsg.): Wie Migranten leben. Wissenschaftszentrum Berlin, Berlin: 3–9.
- Steinhausen HC (1982): Psychische Störungen bei Gastarbeiterkindern im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 10:32-49
- Steinhausen HC, Remschmidt H (1982): Migration und psychischen Störung: ein Vergleich von Kindern griechischer Gastarbeiter und deutschen Kinder in West-Berlin. Zeitschrift Kinder- und Jugendpsychiatrie 10:344-364
- Stresing AM (2004): Die Entwicklung des Krankheitsverständnisses im therapeutischen Gespräch. Eine konversationsanalytische Untersuchung, Mag.-Arb., Freiburg/Br.
- Thränhardt D (1999): Integrationsprozesse in der Bundesrepublik Deutschland – Institutionelle und soziale Rahmenbedingungen. In: Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.): Integration und Integrationsförderung in der Einwanderungsgesellschaft. 12-46
- Thränhardt D, Dieregweiler R, Funke M, Santel B (1994): Ausländerinnen und Ausländer in Nordrhein-Westfalen. Die Lebenslage der Menschen aus den ehemaligen Anwerbeländern und die Handlungsmöglichkeiten der Politik. Landes-sozialbericht, Band 6, Düsseldorf
- Tuschinsky C (2002): Interkulturelle Ressourcenarbeit in der Betreuung von jungen MigrantInnen. IKO-Verlag, Frankfurt
- Wagemann G (2005): Verständnis fördert Heilung. Der religiöse Hintergrund von Patienten aus unterschiedlichen Kulturen. Ein Leitfaden für Ärzte, Pflegekräfte, Berater und Betreuer. VWB, Berlin
- Weilandt C, Rommel A, Raven U (2003): Gutachten zur psychischen, psychosozialen und psychosomatischen Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in NRW. Landtag Nordrhein-Westfalen Enquêtekommision "Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW" Düsseldorf
- Westermann I (2004): Ärztliche Handlungsstrategien im Umgang mit ausländischen Patienten. Medizinisch-ethische Aspekte. Ethik in der Praxis, Studien 18, Lit, Münster

- Weyers S (2007): Soziale Ungleichheit, soziale Beziehungen und Gesundheitsverhalten. Ergebnisse einer medizinsoziologischen Studie im Ruhrgebiet. Medizinsoziologie 16 Lit, Berlin/Münster
- Whitehead M (1991): Die Konzepte und Prinzipien von Chancengleichheit und Gesundheit. WHO-Regionalbüro für Europa, Kopenhagen
- Wurzbacher Ch (2003): Das muslimische Krankheitsverständnis. Eine Einführung am Beispiel türkischer Patienten mit Diabetes. Shaker, Aachen
- Yildirim-Fahlbusch Y (2003): Türkische Migranten. Kulturelle Missverständnisse. In: Deutsches Ärzteblatt 100,18:A-1179

7 Anhang

7.1 Abkürzungsverzeichnis

7.2 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Altersverteilung der Gesamtgruppe der Patienten	23
Abbildung 2: Altersverteilung der Patienten getrennt nach Herkunftsländer	24
Abbildung 3: Aufenthaltszeit in Deutschland.....	26
Abbildung 4: Beschreibung des Patientenkollektivs nach Sprachkenntnissen, absolute Häufigkeiten.....	30
Abbildung 5: Beschreibung des Patientenkollektivs nach Sprachkenntnissen, Verteilung in %	31
Abbildung 6: Anzahl chronischer Krankheiten und Nationalitäten	33
Abbildung 7: Verteilung der Krankheiten nach Geschlecht und Alter	34
Abbildung 8: Anzahl Beschwerden und Nationalitäten	38
Abbildung 9: Verteilung der Beschwerden nach Geschlecht und Alter	40
Abbildung 10: Medikamenten-Konsum und Nationalitäten.....	44
Abbildung 11: Verteilung des Medikamenten-Konsums nach Geschlecht und Alter	45
Abbildung 12: Medikamenten-Konsum und Nationalitäten.....	48
Abbildung 13: Profil zum Psychischen Befinden des Patientenkollektivs	49
Abbildung 14: Selbsteinschätzung Gesundheit und Aufenthaltsstatus	50
Abbildung 15: Selbsteinschätzung Gesundheit und Nationalität.....	51
Abbildung 16: Selbsteinschätzung Gesundheit und mittleres psychisches Befinden.....	52
Abbildung 17: Selbsteinschätzung Gesundheit und psychisches Befinden differenziert nach Nationalitäten.....	53
Abbildung 18: Selbsteinschätzung Gesundheit und kumulierte Krankheiten pro Patienten differenziert nach Nationalitäten	54

Abbildung 19: Selbsteinschätzung Gesundheit und kumulierte Beschwerden pro Patienten differenziert nach Nationalitäten	55
Abbildung 20: Selbsteinschätzung Gesundheit und kumulierter Medikamenten-Konsum pro Patienten differenziert nach Nationalitäten.....	56
Abbildung 21: Selbsteinschätzung Gesundheit und Häufigkeit der Arztbesuche pro Patienten differenziert nach Nationalitäten	57
Abbildung 22: Fragebogen Seite 1	78
Abbildung 23: Fragebogen Seite 2	79
Abbildung 24: Fragebogen Seite 3	80
Abbildung 25: Fragebogen Seite 4	81
Abbildung 26: Fragebogen Seite 5	82
Abbildung 27: Fragebogen Seite 6	83
Tabelle 1: Verteilung der Patienten auf die einbezogenenen Praxen	18
Tabelle 2: Beschreibung des Patientenkollektivs nach Geschlecht und Nationalität.....	22
Tabelle 3: Beschreibung des Patientenkollektivs nach Schulbildung (100 % = 459)	25
Tabelle 4: Beschreibung des Patientenkollektivs nach ihrem Weg nach Deutschland.....	25
Tabelle 5: Beschreibung des Patientenkollektivs nach dem Zeitpunkt der Immigration	26
Tabelle 6: Beschreibung des Patientenkollektivs nach Nationalität und Aufenthaltsstatus ...	27
Tabelle 7: Beschreibung des Patientenkollektivs nach der Berufsausbildung	28
Tabelle 8: Beschreibung des Patientenkollektivs nach Berufstätigkeit	28
Tabelle 9: Beschreibung des Patientenkollektivs nach Berufstätigkeit und Geschlecht	29
Tabelle 10: Beschreibung des Patientenkollektivs nach Familienstand	29
Tabelle 11: Beschreibung des Patientenkollektivs nach Familienstand	32
Tabelle 12: Kumulierte Krankheiten	32
Tabelle 13: Verteilung der Krankheiten nach Geschlecht	33
Tabelle 14: Verteilung der Krankheiten nach Aufenthaltsstatus.....	34
Tabelle 15: Verteilung der Krankheiten nach Schulbildung.....	35

Tabelle 16: Verteilung der Krankheiten nach Berufsbildung.....	36
Tabelle 17: Verteilung der Krankheiten nach ausgeübtem Beruf	36
Tabelle 18: Unterschiede in den Beschwerden nach Nationalität	37
Tabelle 19: Unterschiede in den Beschwerden nach Nationalität	37
Tabelle 20: Häufige Kombinationen von Beschwerden	39
Tabelle 21: Verteilung der Beschwerden nach Geschlecht.....	39
Tabelle 22: Verteilung der Beschwerden nach Aufenthaltsstatus	40
Tabelle 23: Verteilung der Beschwerden nach Schulbildung	41
Tabelle 24: Verteilung der Beschwerden nach Berufsbildung	41
Tabelle 25: Verteilung der Beschwerden nach ausgeübtem Beruf.....	42
Tabelle 26: Medikamenteneinnahme.....	43
Tabelle 27: Kumulierte Medikamente	43
Tabelle 28: Verteilung des Medikamenten-Konsums nach Geschlecht	44
Tabelle 29: Verteilung des Medikamenten-Konsums nach Aufenthaltsstatus.....	45
Tabelle 30: Verteilung des Medikamenten-Konsums nach Schulbildung.....	46
Tabelle 31: Verteilung des Medikamenten-Konsums nach Berufsbildung.....	47
Tabelle 32: Verteilung des Medikamenten-Konsums nach ausgeübtem Beruf	47
Tabelle 33: Anzahl Arztbesuche	48
Tabelle 34: Unterschiede in Gesundheitsskala nach Aufenthaltsstatus.....	50
Tabelle 35: Unterschiede in Gesundheitsskala nach Nationalität	51

7.3 Fragebogen

Nummer: _____ Datum: _____ Seite 1

Fragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
für eine wissenschaftliche Untersuchung benötigen wir einige Daten von Ihnen. Sie helfen uns sehr, wenn Sie die nachfolgenden Fragen so genau wie möglich beantworten. Sollten Sie eine Frage nicht verstehen wenden Sie sich bitte an uns.

Geburtsdatum:.....

- weiblich
- männlich

Seit wann sind Sie in Deutschland? _____ (Jahr der Einreise)

Welchen Aufenthaltsstatus haben Sie?

- Deutsche Staatsbürgerschaft
- unbefristete Aufenthaltsgenehmigung
- befristete Aufenthaltsgenehmigung, läuft ab am : _____

Wie sind Sie nach Deutschland gekommen?

- als Einwanderer
- als Asylsuchender
- als Flüchtling
- aus anderen Gründen

Welche Schulausbildung haben Sie?

- Hauptschule (oder vergleichbar)
- Realschule (oder vergleichbar)
- Gymnasium (oder vergleichbar)
- andere

Welche Berufsausbildung haben Sie?

- Lehre (oder vergleichbar)
- Fachschule (oder vergleichbar)
- Fachhochschule/Universität (oder vergleichbar)
- andere
- keine

Abbildung 22: Fragebogen Seite 1

Welche Berufstätigkeit üben Sie aus?

- Arbeiter
- Angestellter
- Selbständiger/Freiberufler
- Rentner
- andere
- keine

Familienstand

- ledig
- verheiratet
- geschieden
- verwitwet

Wenn Sie mit einem Lebenspartner/einer Lebenspartnerin zusammenleben, welche Staatsangehörigkeit hat er/sie?

- afghanisch
- deutsch
- andere

Wenn Sie Kinder haben, wie alt sind Ihre Kinder?

.....

Wie würden Sie Ihre deutschen Sprachkenntnisse einschätzen?

- | Sprechen | Lesen | Schreiben |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> sehr gut | <input type="checkbox"/> sehr gut | <input type="checkbox"/> sehr gut |
| <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> gut |
| <input type="checkbox"/> mittelmäßig | <input type="checkbox"/> mittelmäßig | <input type="checkbox"/> mittelmäßig |
| <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> eingeschränkt |

Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung? (Mehrfachnennung möglich)

- | | | |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> Darmentzündung | <input type="checkbox"/> grüner Star |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> andere |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Emphysem | |

Nummer: _____

Datum: _____

Seite 3

Welche Medikamente nehmen Sie häufig oder regelmäßig ein?
(Mehrfachnennung möglich)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> Antidiabetika |
| <input type="checkbox"/> Blutdruckmittel | <input type="checkbox"/> Antidepressiva | <input type="checkbox"/> Gichtmittel |
| <input type="checkbox"/> Schlafmittel | <input type="checkbox"/> Neuroleptika | <input type="checkbox"/> Nasentropfen |
| <input type="checkbox"/> Cholesterinsenker | <input type="checkbox"/> Tranquilizer | <input type="checkbox"/> andere, nämlich: |
-
-

Wie oft waren Sie im letzten Jahr beim Arzt?

- gar nicht
- 1 – 3 Mal
- 3 – 10 Mal
- 10 – 20 Mal
- mehr als 20 Mal

Welche Beschwerden haben Sie jetzt? (Mehrfachnennung möglich)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> Herzbeschwerden | <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Husten | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Hautkrankheiten | <input type="checkbox"/> Angstzustände |
| <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> Gelenkbeschwerden | <input type="checkbox"/> andere, nämlich: |
-
-
-

Bitte weiter auf der nächsten Seite >>>>>>>>>

Abbildung 24: Fragebogen Seite 3

Nummer: _____

Datum: _____

Seite 4

Auf dieser Seite finden Sie einige Aussagen, die Sie danach beurteilen sollen, wie häufig Sie die angesprochene Situation in den letzten 3 Monaten erlebt haben.

Dabei bedeutet:

0 = nie erlebt, 1 = selten erlebt, 2 = manchmal erlebt, 3 = häufig erlebt, 4 = sehr häufig erlebt.

Bitte beantworten Sie alles der Reihe nach. Einige Aussagen klingen ähnlich, bitte beantworten Sie sie trotzdem. Machen Sie zur Beantwortung bitte ein Kreuz im Kästchen vor der entsprechenden Zahl.

Aussage	nie	selten	manch- mal	häufig	sehr häufig
Ich habe die Befürchtung, dass irgend- etwas Unangenehmes passiert	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Es gibt Zeiten, in denen ich sorgen- volle Gedanken nicht unterdrücken kann	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Ich bemühe mich vergeblich, mit guten Leistungen Anerkennung zu erhalten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Es gibt Zeiten, in denen mir die Sorgen über den Kopf wachsen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Obwohl ich mein Bestes gebe, wird die Arbeit nicht gewürdigt	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Es gibt Zeiten, in denen ich nicht die Leistung bringe, die von mir erwartet wird	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Es gibt Zeiten, in denen ich mir viele Sorgen mache und nicht damit aufhören kann	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Es gibt Zeiten, in denen mir die Arbeit über den Kopf wächst	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Ich habe die Befürchtung, meine Auf- gaben nicht erfüllen zu können	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Es ist mir alles zuviel, was ich zu tun habe	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Es gibt Zeiten, in denen mir die Ver- antwortung für andere zur Last wird	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Abbildung 25: Fragebogen Seite 4

Nummer: _____

Datum: _____

Seite 5

Wir möchten Sie bitten, auf dieser Seite anzugeben, wie Ihr heutiger Gesundheitszustand zu beschreiben ist, indem Sie bei der entsprechenden Aussage wieder ein Kreuz in das jeweilige Kästchen machen:

Beweglichkeit (Mobilität)

- Ich habe keine Probleme umher zu gehen 1
Ich habe einige Probleme umher zu gehen 2
Ich bin an das Bett gebunden 3

Für sich selbst sorgen

- Ich habe keine Probleme, für mich selbst zu sorgen 1
Ich habe einige Probleme, mich selbst zu waschen und anzuziehen 2
Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen und anzuziehen 3

Allgemeine Tätigkeiten (z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- und Freizeitaktivitäten)

- Ich habe keine Probleme, meinen allgemeinen Tätigkeiten nachzugehen 1
Ich habe einige Probleme, meinen allgemeinen Tätigkeiten nachzugehen 2
Ich bin nicht in der Lage, meinen allgemeinen Tätigkeiten nachzugehen 3

Schmerzen/körperliche Beschwerden

- Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden 1
Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden 2
Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden 3

Angst/Niedergeschlagenheit

- Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert 1
Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert 2
Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert 3

Verglichen mit meinem allgemeinen Gesundheitszustand während der vergangenen 12 Monate ist mein heutiger Gesundheitszustand

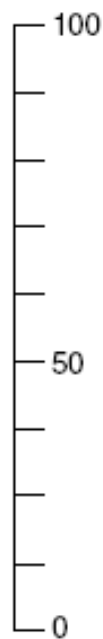
- besser 1
im großen und ganzen etwa gleich 2
schlechter 3

Bitte weiter auf der nächsten Seite >>>>>>>>

Abbildung 26: Fragebogen Seite 5

Nummer: _____ Datum: _____ Seite 6

Um Sie bei Ihrer Einschätzung, wie gut oder schlecht Ihr Gesundheitszustand ist, zu unterstützen, haben wir eine Skala gezeichnet, ähnlich einem Thermometer. Der beste denkbare Gesundheitszustand ist „100“, oder schlechtest denkbare „0“. Bitte markieren Sie auf der Skala den Punkt, der Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten wiedergibt.



Wie alles in unserer Praxis wird auch diese Daten vertraulich behandelt.

Wir bedanken uns sehr für Ihre Mitarbeit.

Ihr Praxisteam

Abbildung 27: Fragebogen Seite 6

8 Danksagung

Herrn Professor Dr. med. Hendrik van den Bussche möchte ich für die Überlassung des Themas, die wertvollen Anregungen und die stets große Hilfsbereitschaft herzlich danken.

Ich möchte mich an dieser Stelle außerdem bei den Bibliothekaren der Deutschen Zentralbibliothek für Medizin in Köln bedanken, die mich bei der Literatursuche außerordentlich unterstützt haben.

Mein besonderer Dank gilt darüber hinaus Herrn Dr. S. Peters, Köln, für das Korrekturlesen der Arbeit und Herrn Dr. H. Schlumprecht, Bayreuth, für die Durchführung der statistischen Auswertung.

Schließlich möchte ich meiner Ehefrau und meiner Familie für die umfassende moralische Unterstützung danken, ohne die die Ausarbeitung der Arbeit nicht erfolgreich hätte abgeschlossen werden können.

9 Lebenslauf

Name /Vorname: Malik, Hafeezullah
Geburtsdatum: 16.03.1962
Geburtsort: Kaschmir, Indien
Staatsangehörigkeit: deutsch
Familienstand: verheiratet, 3 Kinder

Schul- und Hochschulausbildung

1967-1977 Schulabschluss (Matriculation in Jammu und Kaschmir, Indien)
1977 Pre-Uni Prüfung in wissenschaftlichen Fächern (S. P. College Srinagar, Kaschmir, Indien)
1978 B Sc-I (Bakkalaureus der Naturwissenschaften; S. P. College Srinagar, Kaschmir, Indien)
1985 Erwerbung des B SC Degree (Grad des Bakkalaureus der Naturwissenschaften) der Kaschmir-Universität, Indien

Medizinische Ausbildung

1985 Studium der Medizin an der Universität Tajik Abuali ibn Sino (State Medical University, ehemalige UdSSR)
01.1993 Diplom mit Auszeichnung (Diplom with honours) in Humanmedizin (= russischer Dr. med.)

Beruflicher Werdegang

10.1993-04.1995 AiP in Innerer Medizin bei Dr. med. Withoeft, Eduards Krankenhaus Köln
05.1995 Approbation als Arzt
07.1995-10.1995 Assistenzarzt Klinik Martinusquelle Kardiologie, Prof. Dr. H. W. Klempt, Bad Lippspringe, Paderborn

11.1996	Erlaubnis als Arzt in Großbritannien bei Ärztekammer (GMC) London
11.1995-06.1997	Assistenzarzt Allgemeinarztpraxis, Dr. J. Oberbusch, Köln
01.1996-02.2003	Notarzt in ÄND Nord, ÄND West, ÄND Ost, ÄND Norden
11.1995-06.1998	Assistenzarzt Internistische Praxis, Dr. I. R. Zerykier, Köln
05.1998-12.1998	Assistenzarzt (SHO) im Bereich Innere Medizin (North Middelsex Hospital, London)
06.1999-11.1999	Assistenzarzt Chirurgische Arztpraxis, Dr. Strauss, Köln
12.1999-12.2000	Assistenzarzt Praxis Dr. S. A. Bihari, Köln
seit 02.2002	Niedergelassen in einer Allgemeinarztpraxis in Köln-Blumenberg

10 Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere ausdrücklich, daß ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, daß ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.
