

Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

***Eine vergleichende Patientenaktenanalyse zur Sondierung
von Differenzen in der Pathogenese, Ätiologie und
psychiatrischen Versorgung von Kindern und
Jugendlichen mit bzw. ohne Migrationshintergrund.***

vorgelegt von
M.A. Alexandra Thiele
(Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin)

von der Fakultät I – Geisteswissenschaften
der Technischen Universität Berlin
zur Erlangung des akademischen Grades

Doktorin der Philosophie
– Dr. phil. –

genehmigte Dissertation

Promotionsausschuss:

Vorsitzende: Prof. Dr. G. Horstmann
Berichterin: Prof. Dr. phil. H. Marburger
Berichterin: Prof. Dr. phil. G. Griesse
Berichterin: Prof. Dr. phil. A. Levin

Tag der wissenschaftlichen Aussprache: 09. Februar 2012

Berlin 2012

D 83

Inhaltsverzeichnis:

1.	Einleitung	S. 3
2.	Aktueller Forschungsstand	S. 8
2.1.	Befunde zur Ätiologie.....	S. 8
2.2.	Befunde zur Genese	S. 10
2.3.	Befunde zur psychiatrischen Versorgung	S. 12
3.	Migrationssituation in Deutschland	S. 15
3.1.	Historie der Migrationssituation in Deutschland.....	S. 15
3.2.	Besonderheiten der für vorliegende Untersuchung relevanten Klientel....	S. 17
4.	Tangente Kultur	S. 19
4.1.	Die Bedeutung von Kultur	S. 19
4.2.	Individualistische versus kollektivistische Kulturen	S. 20
4.2.1.	Bedeutung für das Familienleben	S. 21
4.2.2.	Bedeutung für das Verständnis von Krankheit/ Gesundheit	S. 25
4.2.3.	Bedeutung für die Entwicklung psychischer Erkrankungen	S. 29
4.3.	Überlegungen zur Situation von Kindern und Jugendlichen mit einseitigem Migrationshintergrund in Deutschland	S. 31
5.	Tangente Gender.....	S. 34
5.1.	Aspekte kulturell determinierter Rollenbilder	S. 34
5.2.	Geschlechtsspezifische Entwicklungsaufgaben	S. 37
5.3.	Geschlechtsspezifische Krankheitsrisiken	S. 38
5.3.1.	Weibliche Erkrankungsrisiken.....	S. 39
5.3.2.	Männliche Erkrankungsrisiken	S. 42
5.4.	Die geschlechtsspezifische Bedeutung von Krankheit und Gesundheit...	S. 44
6.	Tangente Psychosoziale Entwicklung und Lebensalter.....	S. 47
6.1.	Frühe Kindheit (0-5 Jahre)	S. 48
6.2.	Kindheit (6-12 Jahre)	S. 52
6.3.	Frühe Adoleszenz (13-17 Jahre)	S. 55
6.4.	Späte Adoleszenz/ Junges Erwachsenenalter (ab 18 Jahre)	S. 59
7.	Psychiatrische Diagnosen	S. 62
8.	Forschungsmethode	S. 65
8.1.	Stichprobenrekrutierung	S. 65
8.2.	Terminologie	S. 69
8.3.	Forschungsdesign und Durchführung.....	S. 70
8.4.	Untersuchungsinstrument.....	S. 72
8.5.	Auswertung	S. 75
9.	Darstellung der Ergebnisse und Diskussion	S. 77
9.1.	Eigene Befunde zur Ätiologie	S. 77
9.2.	Eigene Befunde zur Genese.....	S. 90
9.3.	Eigene Befunde zur psychiatrischen Versorgung	S. 106

10.	Zusammenfassung und Ausblick.....	S. 126
11.	Literatur.....	S. 134
12.	Anhang: Tabellen.....	S. 148
13.	Anhang: Fragebogen	S. 285

1. Einleitung

Vorliegende Arbeit möchte im Rahmen einer empirischen Untersuchung erstmalig eine systematische Sondierung eines abgegrenzten Patientendatenkorpus innerhalb einer Kinder- und Jugendpsychiatrie vornehmen, die zunächst einer Bestandsaufnahme des Vorhandenseins von Differenzen hinsichtlich der ausgewählten Bereiche (Ätiologie, Pathogenese und psychiatrische Versorgung) bei Kindern und Jugendlichen mit bzw. ohne Migrationshintergrund dienlich sein soll.

Sollten sich dabei Differenzen ergeben, so sollen für diese innerhalb der entwickelten theoretischen Rahmung der Untersuchung Interpretationsansätze gefunden werden.

Die Intention eines solchen Forschungsinteresses ergibt sich zum einen aus einer gesellschaftlich-demographischen Relevanz, aber auch aus einer veränderten Tendenz in den Krankheitsbildern von Kindern und Jugendlichen: In Deutschland ist seit vielen Jahren eine wachsende Anzahl von Menschen mit Migrationshintergrund zu verzeichnen, wobei die Demographie dieser Bevölkerungsgruppe nahezu antiproportional zur autochthonen Altersverteilung verläuft. In Metropolen wie Berlin macht der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Bezirken wie Mitte, Neukölln und Friedrichshain/ Kreuzberg teilweise über 70% aus (Der Beauftragte für Integration und Migration 2009, S. 2ff).

Ausgehend von diesen Überlegungen und der Tatsache, dass psychische Erkrankungen den zweitgrößten Anteil der Krankenkassenkosten bei der Gruppe der unter 15-Jährigen und jungen Erwachsenen in Deutschland ausmachen (Scharnhorst 2010, S.138), ist zu vermuten, dass auch Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund zu einem entsprechend hohen Prozentsatz betroffen sind, bislang aber nicht systematisch erfasst wurden, wie dies beispielsweise im Bildungssektor der Fall ist.

So nährt sich das Forschungsanliegen der vorliegenden Arbeit auch aus einer gesellschaftspolitischen Brisanz:

In nahezu allen Bereichen des öffentlichen Lebens ergeben sich kulturelle Differenzen, die als solche erhoben, beforscht und diskutiert werden. Allen voran sei hier an die Auswirkungen der Zunahme von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund im deutschen Bildungssystem erinnert, wodurch sich

spätestens seit den 1980er Jahren ein hoher Forschungs- und Handlungsbedarf ableitete.

Im Sektor der gesundheitlichen Versorgung finden Überlegungen zu kulturelldifferenten Krankheits- und Körperkonzepten sowie ein dieserart unterschiedlich begründetes Inanspruchnahmeverhalten der verschiedenen Bevölkerungsgruppen ebenfalls zunehmend Augenmerk, wobei vor allem Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund für besorgniserregende Berichte sorgen: Die Plakatierung delinquenter Migrantenjugendlicher, depressiv-suizidaler junger Frauen (Schouler-Ocak 2009/ Vortrag) und entwicklungsverzögerter Kinder mit Migrationshintergrund bei der Einschulungsuntersuchung (Erb/ Werner 2003, S. 370) sind jedoch nur aufrüttelnde Einzelbefunde, die immer wieder für Aufsehen in der gesellschaftspolitischen Diskussion und in sozialpsychologischen und medizinischen Fachkreisen sorgen. Ob es jedoch tatsächlich relevante Unterschiede im Vergleich zur autochthonen Bevölkerungsgruppe gibt, ist bislang nur punktuell herausgearbeitet worden.

Das Anliegen vorliegender Arbeit besteht deshalb darin, vor dem Hintergrund bereits publizierter Arbeiten zu psychischen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund thematische Bereiche zu systematisieren, die die punktuellen Einzelbefunde einer ganzheitlichen Sichtweise zugänglich machen. So verweisen vorhandene Arbeiten meiner Meinung nach vor allem auf drei Bereiche, die hier sondiert werden sollen:

So scheint es durchaus sinnvoll, nach Unterschieden in den Krankheitsverläufen (**Pathogenese**) und Krankheitsursachen (**Ätiologie**) sowie der Behandlung (**psychiatrische Versorgung**) von Kindern und Jugendlichen mit bzw. ohne Migrationshintergrund bei psychischen Erkrankungen zu fragen und diese gegebenenfalls zu interpretieren.

Für den theoretischen Interpretationsrahmen der gewonnenen Sondierungsdaten sollen prominente Zugänge gewählt werden, die gegebenenfalls Erklärungsmöglichkeiten bieten, zumal sie innerhalb ihrer Dimensionen relevante Unterscheidungsmerkmale generieren.

- **Kultur** wird in vorliegender Fragestellung als zentrale Dimension verwandt, deren Einflussnahme überprüft werden soll. Der zugrundeliegende

Kulturbegriff soll sich an die Überlegungen von Alexander Thomas (2003) anschließen und Kultur als nichtstatische und prozesshaft veränderbare Größe verstehen, jedoch zu Systematisierungszwecken unter dem dichotomen Aspekt **individualistische-kollektivistische Kulturen** von Geert Hofstede (2001) analysiert werden.

- **Gender** bildet die zweite Dimension und wird hinsichtlich des dichotomen Merkmals **weiblich-männlich** interpretatorisch relevant.
- **Alter** bildet unter entwicklungspsychologischen Aspekten die dritte Dimension und ermöglicht über vier altersspezifische Entwicklungsstufen differenzierte Zugänge.

Zur Sondierung und gegebenenfalls Interpretation der Daten sollen zunächst im ersten theoretischen Teil bisherige Forschungsergebnisse unter ätiologischen, pathogenetischen und Aspekten der psychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund zusammengefasst werden. Anschließend werden die für die Analyse bedeutsamen Dimensionen Kultur, Alter und Geschlecht hinsichtlich ihrer relevanten Erklärungsmöglichkeiten beschrieben und systematisiert. Im zweiten empirischen Teil der Arbeit werden das methodische Vorgehen der Untersuchung beschrieben sowie die Befunde der Arbeit hinsichtlich von Unterschieden in der Ätiologie, Pathogenese und psychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit bzw. ohne Migrationshintergrund mit Hilfe der zentralen Dimensionen Alter, Geschlecht und Kultur interpretiert.

Eine praxisrelevante Aussagekraft der gewonnenen Befunde ist durch den methodischen Rahmen gewährleistet:

Um eine entsprechend große Fallzahl sowie eine in sich vergleichbare Untersuchungsgruppe zu rekrutieren, wurde an einer Berliner Kinder- und Jugendpsychiatrie eine retrospektive Aktenanalyse durchgeführt, in der alle Patientenakten des Jahres 2007 mittels Fragebogen erfasst und ausgewertet wurden. Der einheitliche Rahmen ermöglichte (mit Einwänden) zumindest eine punktuelle Objektivierbarkeit der gewonnenen Daten. Der städtisch festgelegte Versorgungsauftrag der Klinik für u.a. migrantenstarke Bezirke der Stadt sicherte ein statistisch relevantes Vorkommen von Patienten mit Migrationshintergrund innerhalb

der Untersuchungspopulation auch für den Fall, dass diese quantitativ in der institutionellen Versorgung allgemein unterrepräsentiert wären.

Es konnte davon ausgegangen werden, dass die klinischen Patientenakten neben soziodemographischen Angaben wie Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund, Angaben zur aktuellen Lebenssituation etc. auch Informationen über die Gründe (Symptome), die Dauer und Art des Klinikaufenthaltes beinhalteten sowie anamnestische Informationen zur Vorgeschichte des Patienten bereithielten. Aus diesen Daten lassen sich im eng abgegrenzten Rahmen Aussagen zur Ätiologie und Genese einer psychischen Erkrankung im Kindes- und Jugendalter generieren sowie relevante Hinweise zur psychiatrischen Versorgung derselben Klientel gewinnen.

Bislang veröffentlichte Einzelstudien für den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Bereich zur Behandlung von Patienten mit Migrationshintergrund fokussieren bereits auf ätiologische, pathogenetische und versorgungsrelevante Aspekte, aber nicht in der hier geplanten systematischen Zusammenschau mit einem ganzheitlichen Ansatz.

Mein Forschungsinteresse richtete sich auf die Sondierung von möglichen Unterschieden bei Krankheitsursachen, im Krankheitsverlauf sowie der psychiatrischen Versorgung von Patienten mit und ohne Migrationshintergrund. Dabei gehe ich zunächst von einer kulturellen Dimension aus, die es zu unterscheiden gilt, die aber in sich möglicherweise auch hinsichtlich einer Alters- und Geschlechtsdimension ausdifferenziert werden und Unterschiede aufwerfen könnte. Für die kulturelle Dimension (Tangente¹ Kultur) wählte ich aufgrund meines eigenbiographischen Interesses eine Unterteilung in Patienten mit ein- und beidseitigem Migrationshintergrund sowie Patienten ohne Migrationshintergrund. Die Zweiteilung der „Migrantengruppe“ ist auch insofern sinnvoll, als dass sich die Zahl der binationalen Partnerschaften zwischen 1996 und 2008 verdoppelt hat (Iaf 2008, S. 1). Diese „Tangente“ wird mit der Dimension Alter (Tangente Alter) und der Dimension Geschlecht (Tangente Geschlecht) in Beziehung gesetzt, da für den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Bereich geschlechtsspezifische und altersspezifische Vulnerabilitäten bereits umfassend beschrieben wurden und bei der Beschreibung dieser Klientel unabdingbar sind, zumal davon auszugehen ist, dass

¹ Der Begriff ist der Mathematik entlehnt und soll hier lediglich im metaphorischen Sinne fungieren, da die Berührung, die durch eine Tangente impliziert wird, die Behutsamkeit verspricht, in der z. B. kulturelle Faktoren wirksam werden könnten.

kulturelle Vorstellungen auch Auswirkungen auf die Geschlechterrollen sowie Entwicklungsverläufe eines Kindes und Jugendlichen haben.

2. Aktueller Forschungsstand

Bisher wurde nur eine Reihe von Einzelarbeiten veröffentlicht, die unterschiedliche Aspekte des Zusammenhanges von Krankheit, hier vor allem psychischer Erkrankung, und Migration beleuchteten, wobei sich ein Großteil der Arbeiten auf den Bereich der Erwachsenenversorgung bezieht, deutlich weniger lag das Augenmerk bisher auf Kindern und Jugendlichen. Der Systematik halber möchte ich an dieser Stelle nur exemplarisch die Arbeiten erwähnen, die sich nach den Ergebnisschwerpunkten vorliegender Untersuchung: Ätiologie, Genese und psychiatrische Versorgung strukturieren lassen - und wenn möglich - auf Kinder und Jugendliche beziehen. Da sich diese drei Kategorien innerhalb von bestehenden Arbeiten auch oft gegenseitig tangieren, handelt es sich bei meiner Dreiteilung um eine konstruierte Kategorisierung, die lediglich auf Schwerpunkte fokussiert.

2.1. Befunde zur Ätiologie

Die Ätiologie einer Erkrankung umfasst sehr allgemein die Risikofaktoren, Ursachen und auslösenden Faktoren, die zur Ausprägung bzw. zum Ausbruch einer Krankheit führen. Bezogen auf psychisch erkrankte Patienten mit Migrationshintergrund wird in dieser Gruppe oft die soziale Marginalisierung und sozioökonomische Benachteiligung als ein wesentlicher Erkrankungsfaktor herausgestellt. Dies stellt der 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung (2009) heraus:

„Wie viele andere öffentliche, politische und fachliche Debatten läuft auch die Diskussion zum Thema Gesundheit und Migration Gefahr, die Aspekte Migrationshintergrund und Staatsangehörigkeit zu stark zu gewichten und die soziale Lage von Migrantinnen und Migranten zu wenig zu berücksichtigen. Gegenüber dieser Kulturalisierung und Ethnisierung der gesundheitlichen Belastungen von Heranwachsenden mit Migrationshintergrund muss betont werden, dass bei der zweiten und dritten Generation die Migrationsgeschichte zunehmend hinter die soziale Ungleichheit zurücktritt“ (Deutscher Bundestag 2009, S. 253).

Auch die bisher erste repräsentative Studie in Deutschland zur allgemeinen Gesundheitslage von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund, die

zwischen 2003-2006 auf Bundesebene in Auftrag gegeben wurde, kam zu diesen Ergebnissen (KIGGS 2007). Hier wurde in einer groß angelegten Studie zur Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland versucht, die Gruppe der Migranten prozentual abzubilden und mittels migrationsspezifischen Studiendesigns die Daten in repräsentativer Art und Weise auswertbar zu machen. Diese KIGGS-Studie konnte belegen, dass Kinder und Jugendliche aus Migrantenfamilien überproportional häufig aus sozial benachteiligten Familien stammen, wobei die Frage nach der daraus möglicherweise resultierenden gesundheitlichen Benachteiligung noch nicht abschließend geklärt werden konnte.

Innerhalb der KIGGS-Studie gab es eine Unterstudie zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – die BELLA-Studie (Ravens-Sieberer, et. al. 2007), bei der jedoch die Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund aufgrund ungeeigneter migrationsspezifischer Untersuchungsmethoden deutlich unterrepräsentiert war und in der Auswertung daher keine Unterscheidung hinsichtlich der nationalen Herkunft erfolgte.

Auch in kleineren Untersuchungen ließen sich milieubedingte Benachteiligungen ursächlich ableiten. In einer Studie im Rahmen der Einschulungsuntersuchung konnte für die Region Stuttgart nachgewiesen werden, dass für Kinder mit Migrationshintergrund ein 1,5-2-faches Risiko gegenüber deutschen Kindern besteht, adipös zu werden (Erb/ Winkler 2004, S. 293), was mit milieubedingten und soziokulturellen Einflussfaktoren erklärt wird.

Für den Bereich der Auffälligkeiten im Jugendalter sei die Studie von K. Lenz und U. Lehmkuhl erwähnt, die mittels Fragebögen im Berliner Bezirk Kreuzberg der Frage nachging, welchen Einfluss der Migrationsfaktor auf die Entstehung von Verhaltensauffälligkeiten hat. Bei der Befragung von 224 Abiturienten konnte nachgewiesen werden, dass kulturelle Differenzen keine Risiken für die Entstehung von Verhaltensauffälligkeiten darstellen, wohl aber die Tatsache, signifikant häufiger von Diskriminierung und Marginalisierung bedroht zu sein (Freitag/ Lenz/ Lehmkuhl 2000, S. 100). Schlussendlich weist auch die aktuellste Studie zur transkulturellen Psychiatrie auf den Zusammenhang von psychischer Erkrankung und sozialer Armut hin, wovon Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund überdurchschnittlich oft

betroffen sind. Schepker/ Toker (2009) beschreiben diesen Zusammenhang als Unterschichtungsphänomen (ebd. S. 8).

2.2. Befunde zur Genese

Die Genese (Pathogenese) beschreibt die Entstehung einer Erkrankung bzw. den Prozess eines krankhaften Verlaufes bis hin zum Ausbruch der Erkrankung. In dieses begriffliche Spektrum gehören auch die individuelle Wahrnehmung von Krankheitssymptomen und deren individuell oder extern initiierten Behandlungsversuche. Im Zusammenhang mit Migration und psychischer Erkrankung sind für diesen Aspekt vor allem Zugangsbarrieren zu psychosozialen Versorgungsangeboten beschrieben worden, worin potentielle Risiken einer Aggravation von Symptomverläufen gesehen werden können.

Im Bereich der psychischen Auffälligkeiten im Kindesalter waren es zum Beispiel J. Erb und G. Winkler, die sich mit dieser Fragestellung beschäftigten:

Das Gesundheitsamt Stuttgart ging 2001 im Rahmen der Einschulungsuntersuchung der Frage nach, welchen Einfluss der Migrationsfaktor auf Entwicklungsauffälligkeiten im Vorschulalter und deren Diagnose hat. Die Studien konnten nachweisen, dass sowohl grobmotorische als auch sprachliche Entwicklungsauffälligkeiten signifikant häufiger bei Kindern nichtdeutscher Herkunft auftraten, diese allerdings im Rahmen der vorangehenden Vorsorgeuntersuchungen seltener diagnostiziert wurden und weniger Frühfördermaßnahmen verordnet wurden, um die Defizite bereits vor Schulbeginn auszugleichen. Da eine schlüssige Erklärung für diesen Sachverhalt nicht gefunden wurde, wird diskutiert, inwiefern Kinder mit Migrationshintergrund seltener die Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen, bzw. inwiefern die Erwartungen der Kinderärzte an diese Kinder vor allem im sprachlichen Entwicklungsbereich deutlich niedriger liegen als bei deutschen Kindern (Erb/ Werner 2003, S. 374).

Nicht nur bei Kindern zeigen sich die Auswirkungen einer für Eltern mit Migrationshintergrund schlecht erreichbaren Versorgungsstruktur, sondern auch bei der präventiven Arbeit mit Jugendlichen mit Migrationshintergrund:

Zwischen 2000-2002 wurde in einer dreiteiligen Studie (Nordrhein-Westfalen, München und Marl) der Suchtmittelkonsum von Jugendlichen an verschiedenen Schultypen untersucht. Die jeweilige Probandengruppe setzte sich aus deutschen, ausländischen und Aussiedlerjugendlichen zusammen und sollte Ergebnisse zum Suchtmittelgebrauch von Jugendlichen mit Migrationshintergrund liefern. Die Ergebnisse der Studie konnten zeigen, dass sowohl ausländische als auch Aussiedlerjugendliche keinen erhöhten Suchtmittelkonsum im Vergleich zur Gruppe der deutschen Jugendlichen aufweisen. Dennoch wurde kritisch angemerkt, dass es an interkulturellen Präventionsprogrammen mangelt und die psychosoziale Versorgungslage der Jugendlichen mit Migrationshintergrund erhebliche Defizite aufweist, was Auswirkungen auf rehabilitierende Maßnahmen haben kann (U. Boos-Nünning/ R. Siefen 2005, S. 210).

Der Aspekt von Zugangsbarrieren verdeutlichte sich noch einmal für den Kinder- und Jugendbereich in einer 2003 von der Berliner Senatsverwaltung vorgelegten Studie, die auf die erheblichen Probleme in der Kooperation zwischen Jugendhilfe, Schule sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie hinwies und darauf aufmerksam machte, dass aus diesen Kooperationsmängeln ein erhebliches Maß an Eigeninitiative seitens der Eltern erforderlich ist, um die geeigneten Maßnahmen für ihre Kinder zu finden (Senatsverwaltung 2003, S. 42). Auf dieser Grundlage lässt sich nur mutmaßen, welche Auswirkungen dieser Fakt auf das Nutzungsverhalten von psychosozialen Angeboten bei Migrantenfamilien hat. Möglicherweise sind daher die Gründe für die defizitäre Nutzung der niedrigschwelligen Beratungsangebote nicht nur durch kulturelle Hürden zu erklären, sondern auch durch schwer durchschaubare Strukturen im deutschen Gesundheitssystem.

Dennoch bleibt fraglich, ob Familien mit Migrationshintergrund tatsächlich die Wege zu den psychosozialen Versorgungsangeboten nicht finden oder bewusst darauf verzichten, weil sie stärker in eigenkulturelle Copingstrategien vertrauen:

R. Schepker et al. (2005) konnten in ihrer umfassenden Studie in Essen zu Verhaltensauffälligkeiten bei türkischen Jugendlichen keine signifikante Korrelation zwischen Herkunft und psychischer Disposition für dieses Störungsbild feststellen. Die Fragestellung richtete sich daher auf die innerfamiliären Bewältigungsstrategien türkischer Familien mit verhaltensauffälligen Jugendlichen. Als Ergebnis konnte

festgehalten werden, dass türkische Familien eher „nicht-westliche Bewältigungsstrategien“ (Aktivierung innerfamiliärer Ressourcen, z.B. Erhöhung von Kohäsion und Rigidität bei gleichzeitig verstärkter materieller und emotionaler Zuwendung) nutzen als „westliche Reaktionsmuster“ (Aufsuchen von Spezialisten, Beratungs- und Behandlungseinrichtungen) (ebd. S. 202). Obwohl die familiären Bewältigungsstrategien durchaus positiv bewertet wurden und keinesfalls wirkungsloser waren, sofern den Jugendlichen eine biculturelle Orientierung zugestanden wurde und keine kulturell rigide Abschottung erfolgte, wiesen auch die Ergebnisse dieser Untersuchung auf den akuten Bedarf hin, das psychosoziale und institutionelle Behandlungs- und Beratungsangebot interkulturell zu öffnen und auch für die Gruppen der Migranten nutzbarer zu machen.

2.3. Befunde zur psychiatrischen Versorgung

Für die psychiatrische und psychotherapeutische, aber auch medizinische Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund lässt sich wohl vor allem ein hypothesenleitender Themenkomplex herausstellen, nämlich der Bereich der „Missverständigungen“ zwischen Behandler und Patient. Angefangen von sprachlichen Missverständigungen reicht die Palette über Fehleinschätzungen von Symptomen, kulturell differenter Ausdrucksformen von Symptomen bis hin zu unterschiedlichen Körperwahrnehmungen bzw. Konzepten, die Diagnostik und Therapie erheblich erschweren. Hinsichtlich dieses Forschungsschwerpunktes existieren nahezu keinerlei Befunde für den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Bereich, so dass ich mich auf Arbeiten aus der Erwachsenenpsychiatrieforschung beziehen muss. Gerade für Kinder und Jugendliche ist von potentierten Erschwernissen hinsichtlich kulturell determinierter Missverständigungen und Fehlinterpretationen auszugehen, da sich die Missverständigungen mit den jungen Patienten vermutlich auch mit den Missverständigungen der sorgeberechtigten Eltern mit Migrationshintergrund kumulieren.

Die Forschungstradition dieses Themenkomplexes reicht bis ins vorige Jahrhundert: Kraepelin und van Brero gelten als die Begründer der Transkulturellen Psychiatrie, deren kulturvergleichende Studien zwischen „exotischen Kulturen“ und der mitteleuropäischen Kultur zu Beginn des 20. Jahrhunderts erstmals darauf

hinwiesen, dass die Symptomausprägung verschiedener „Geisteskrankheiten“ sowohl kulturunabhängige Ähnlichkeiten aufweist als auch unbekannte Ausprägungen (Heise 2005, S. 47). Wolfgang Pfeiffer komplettierte 1971 die Reihe der Einzelforschungen durch eine Zusammenstellung sämtlicher phänomenologisch beschriebener kulturgeprägter Ausdrucksformen zu den verschiedenen psychiatrischen Diagnosegruppen (vgl. Pfeiffer, 1971) und konnte dabei herausarbeiten, dass im Mittelmeerraum sowie in außereuropäischen Kulturen psychische Beschwerden ausschließlich körperlich ausgedrückt werden und typischer Ausdruck depressiver Verstimmung sind.

Heute wird davon ausgegangen, dass den unterschiedlichen Symptompräsentationen differente Körperkonzepte zugrunde liegen, die wiederum kulturimmanent sind. Während in „westlichen“ Ländern Symptome auf ein Körperteil bezogen werden, wird der Schmerz in südeuropäischen und arabischen Ländern als ganzheitlich beschrieben und in der westlichen Medizin oft geringschätzig als „Ganzkörperschmerz“ abgetan (Assion 2005, S. 138) und damit nicht verstanden. Mit diesem Wissen lässt sich die Fehlversorgung von erwachsenen Migranten in Deutschland erklären, sie gelten in den Bereichen Prävention und Aufklärung als unterversorgt, im Hinblick auf diagnostische Maßnahmen und Medikation jedoch dramatischerweise überversorgt (Wimmer-Puchinger/ Wolf/ Engleder 2006, S. 887).

Die Beurteilung des klinischen Bildes ist nicht nur abhängig von der objektiv präsentierten Psychopathologie, sondern auch von der subjektiven Wahrnehmung des beurteilenden Behandlers. Diese subjektive Dimension ist abhängig von den soziobiographischen Hintergründen des Arztes oder Psychologen und durch seinen eigenen sozialen und kulturellen Hintergrund geprägt. Neben gesellschaftlich definierten Normen und Werten, auf deren Grundlage es leicht zur Pathologisierung eines möglicherweise nur kulturell abweichenden Verhaltens kommen kann, muss auch eine kulturelle Verzerrung hinsichtlich der phänomenologischen und syndromalen Ebene angenommen werden. So können nicht nur kulturelle Differenzen in der Darstellung eines Symptoms auftreten, was als pathoplastischer Effekt bezeichnet wird, sondern auch die für eine Kultur charakteristischen Symptome eines bestimmten Krankheitsbildes können für eine andere Kultur gänzlich untypisch sein, zum Beispiel das Verständnis um somatische Beschwerden

als Ausdruck psychischen Leidens in manchen Ländern/ Kulturen (z.B. Südeuropa) (vgl. Kraus 2006, S. 366).

Dennoch muss davon ausgegangen werden, dass sich Krankheiten nicht nur kulturspezifisch unterscheiden, sondern auch soziokulturell innerhalb eines Akkulturationsprozesses erst entstehen können und geprägt werden. So gibt es beispielsweise große kultur-regionale Unterschiede in der Prävalenz bei Störungen wie Alkoholabhängigkeit, Spielsucht, Anorexia Nervosa und anderen neurotischen Störungen, die im Zusammenspiel mit psychischer Disposition stärker durch Umgebungseinflüsse determiniert werden.

Relativ stabil in ihrer kulturellen Prävalenz hingegen ist die vorwiegend biologisch erklärbare Schizophrenie, die jedoch in der Diagnostik große Missverständigungen mit sich bringt. So wurde eine Häufung schizophrener Erkrankungen bei Migranten mit einem Vorfinden häufiger Fehldiagnosen infolge kultureller Missverständnisse erklärt (Haasen, Kleinemeier, Yagdiran 2005, S. 149): Dabei ging es zum Beispiel auf Seiten des Diagnostikers um eine Verwechslung zwischen Wahn und Glaube, Halluzination und Trance sowie um Fehlinterpretationen magischer Vorstellungen.

Neben der subjektiven Psychodiagnostik stehen eine Reihe normierter Testverfahren zur Verfügung, die Schepker und Toker (2009) ebenfalls als äußerst störanfällig für die Diagnostik von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund beurteilen (ebd., S. 90). So belegen sie in mehreren Studien, dass sowohl Intelligenzmessungen als auch Screeningverfahren zu individuellen Auffälligkeiten enormen Normierungsproblemen aufgrund sprachlicher Hürden unterliegen. Außerdem weist eine kulturvergleichende Studie von 2003 weiterhin darauf hin (vgl. Gartstein et al. 2003), dass die Einschätzung des kindlichen Verhaltens kulturell differiert, was diagnostische Instrumente wie zum Beispiel den CBCL (Children Behavior Check List) für Migranten problematisch macht. Auch der Versuch, über nicht-sprachgebundene Tests, eine sogenannte „Culture fair Methode“ zu entwickeln, ist aufgrund der Annahme eines kontextuell kulturgebundenen Wissens eher problematisch.

3. Migrationssituation in Deutschland

Nachdem die Tendenzen innerhalb des Forschungsstandes zur Thematik umrissen wurden und damit eine gewisse Attribuierung der Personen mit Migrationshintergrund erfolgte, soll in diesem Kapitel geklärt werden, um welche Gruppe von „Migranten“ es in Deutschland überhaupt geht, um damit auch die Redundanz hinsichtlich der Untersuchungsgruppe in vorliegender Arbeit zu klären.

3.1. Historie der Migrationssituation in Deutschland

In Berlin haben aktuell 25,7 % der Gesamtbevölkerung einen Migrationshintergrund, Berlin liegt damit im Mittelfeld der deutschen Großstädte (Rockmann 2011, S. 2, 4), der Migrationshintergrund ist dabei unabhängig von der Staatsbürgerschaft zu werten. Diese Gesamtgruppe hat kulturhistorisch eine andere Geschichte und damit auch Zusammensetzung als beispielsweise Migranten in den USA, die sich seit jeher als Einwanderungsland definierten:

Seit Mitte der 1950er Jahre und vor allem mit der Teilung Deutschlands 1961 entwickelten sich neue Zuwanderungsformen, die sich deutlich von den vorwiegend Zwangswanderbewegungen während und nach dem 2. Weltkrieg unterschieden.

Da die ehemalige DDR bis 1961 unter einem erheblichen Arbeitskräftemangel in Folge der enormen Abwanderung der Bevölkerung in den „Westen“ litt, wurden in diesem Teil Deutschlands zwischen 1966-1989 rund 500.000 Arbeitskräfte aus Vietnam, Polen, Mosambik und anderen sozialistischen Ländern angeworben (Bade, Oltmer 2004, S. 93). Im Vergleich zu den „Gastarbeitern“ in der ehemaligen BRD lebten diese separiert von der Bevölkerung. In Westdeutschland wurden Millionen von Arbeitskräften aus den verschiedenen Mittelmeerländern (Türkei, Italien, Griechenland, etc.) angeworben (ebd., S. 72/73). Sie machen bis heute die größte Gruppe der in Deutschland lebenden Menschen mit Migrationshintergrund aus, da ein Großteil dieser Gastarbeiter im Gegensatz zu den ursprünglichen Vorstellungen der BRD nicht mehr in ihre Heimatländer zurückkehrten, sondern ganz im Gegenteil ihre Familien nach Deutschland holten oder auch Familien mit der einheimischen Bevölkerung gründeten.

Quantitativ weniger relevant, inhaltlich aber doch wichtig, ist das Vorkommen von Engländern, Amerikanern, Franzosen und Russen, die als alliierte Streitkräfte in Deutschland stationiert waren und teilweise auch hier Familien gründeten.

Mit dem Ende des Kalten Krieges und der Öffnung der Grenzen setzte eine zweite große Wanderbewegung der Aussiedler von Ostmittel- und Südosteuropa sowie der ehemaligen Sowjetunion nach Deutschland ein, die zahlenmäßig ebenfalls stark ins Gewicht fiel (Bade/ Oltmer 2004, S. 118). Ebenfalls quantitativ gewichtig waren die Zuzüge von Flüchtlingen und Asylsuchenden aus dem zerfallenen und kriegstraumatisierten Jugoslawien in den 1990er Jahren (ebd., S. 106).

Aus diesem kurzen Überblick wird deutlich, dass die Gruppe der in Deutschland lebenden Menschen mit Migrationshintergrund sehr heterogen ist und damit auch ihre Erfahrungshintergründe und Migrationsmotive.

Analog zu den obigen Ausführungen und relevant für vorliegende Untersuchung setzt sich die Gruppe der in Berlin lebenden Menschen mit Migrationshintergrund wie folgt zusammen: 28,08% haben türkischen bzw. arabischen Migrationshintergrund, 27,5% sind Menschen mit Migrationshintergrund aus der Europäischen Union und ca. 29% der in Berlin lebenden Menschen mit Migrationshintergrund kommen aus Ost- und Südosteuropa bzw. der ehemaligen Sowjetunion (Der Beauftragte für Integration und Migration 2010, S.1). Damit lässt sich im Schwerpunkt der migrantenstärksten Gruppen eine hohe Übereinstimmung und damit auch Reliabilität zu vorliegender Untersuchung herstellen, in der Patienten mit türkischem und arabischem Migrationshintergrund 38,9% ausmachten, Patienten aus Osteuropa 24,6%. Die quantitative Überrepräsentation von Patienten mit arabischem und türkischem Migrationshintergrund könnte zwar als riskante Überproportionierung dieser Gruppe verstanden werden, ist vorläufig aber eher als demographisches Merkmal zu verstehen, da die Patienten Kinder und Jugendliche waren, deren Anteil in dieser jungen Bevölkerungsschicht in einigen Bezirken Berlins über 70% liegt (Der Beauftragte für Integration und Migration 2009, S. 2ff).

3.2. Besonderheiten der für die vorliegende Untersuchung relevanten Klientel

Aus den oben dargestellten Zusammenhängen wird deutlich, dass es sich bei den in Berlin lebenden Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in den wenigsten Fällen um junge Menschen mit eigener Migrationserfahrung handelt, sondern größtenteils um Nachkommen der ersten oder sogar zweiten Gastarbeitergeneration sowie der ausgesiedelten Zuwanderer.

Die beiden größten Gruppen aus Osteuropa und der Türkei haben gemeinsam, dass sie in der Mehrzahl nicht als Einzelpersonen migrierten, sondern in größeren Familienzusammenhängen, was der Aufrechterhaltung einer eigenen religiösen- und Werte –Normorientierung, aber auch sprachlichen Homogenität zuträglich ist. Ebenso plausibel scheint vor diesem Hintergrund die Überlegung, dass sich in der Migrationssituation Wert-, Norm- und religiöse Haltungen verstärken, um darüber auch einen stärkeren Familienzusammenhalt zu gewährleisten.

Diese Plausibilitäten lassen sich auch aus der Sinus-Studie rekrutieren, die deutlich herausarbeiten konnte, dass zum traditionell-religiös verwurzelten Milieu vor allem Menschen mit türkischem Migrationshintergrund zählten (Sinus Sociovision 2008, S. 2).

Diese Studie konnte ebenfalls einen Zusammenhang zwischen einer niedrigen sozioökonomischen Schicht und dem traditionellen Arbeitermilieu sowie der religiösen Verwurzelung herausstellen, aber auch die Korrelation zwischen bildungsfernen und benachteiligten Jugendlichen, die sich über hedonistische Grundorientierungen gegenüber ihren traditionellen Milieus abgrenzen wollen.

Statistisch gesehen sind diese kurz beschriebenen Unterschichtsmilieus mit deutlicher Häufung bei den in Deutschland lebenden Migrantengruppen zu finden und damit vornehmlich bei den beiden größten Migrantengruppen anzutreffen.

Auch der 7. Bericht der Bundesregierung zur Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland weist auf den fatalen Zusammenhang zwischen Armut, Bildungsdistanz und Migrationshintergrund hin (Beauftragte der Bundesregierung für Integration, Migration und Flüchtlinge 2007, S. 42). Das belegen auch die aktuellen Daten der Bundesbeauftragten für Integration und Migration. Danach hatten im Jahr 2008/2009 46,5% der Hauptschüler der 8. Klasse Migrationshintergrund (Der

Beauftragte für Integration und Migration 2009a, S. 2) und 14,7% der Jugendlichen nicht-deutscher Herkunftssprache verließen im selben Schuljahr die Schule ohne Schulabschluss gegenüber 7,3% der deutschen Schüler (Der Beauftragte für Integration und Migration 2009b, S. 1).

Dem gegenüber steht eine quantitativ deutlich kleinere, aber dennoch relevante Gruppe von in Deutschland lebenden Migranten, die zu den Bildungsgewinnern zählen und mit ihrer multikulturellen Orientierung gute berufliche und sozioökonomische Chancen auf dem Arbeitsmarkt und in ihrer Lebensgestaltung haben. Beherrschung der deutschen Sprache, urbane Herkunftsregion und eine stabile Integration in der deutschen Gesellschaft scheinen dafür maßgebliche Garanten zu sein, die sich zum Beispiel bei Menschen mit „bikultureller“ Orientierung finden (Sinus Sociovision 2008, S.3).

Abschließend kann also festgehalten werden, dass es sich bei den quantitativ größten Migrantengruppen in Deutschland zum einen um Menschen aus der Türkei und den arabischen Ländern handelt, die meist traditionell muslimisch orientiert sind, und zum anderen um Zuwanderer aus Osteuropa, die sich ähnlich wie die zuvor genannte Gruppe in ihre eigenethnischen Verbände zurückziehen und infolge schlechter Bildungs- und Arbeitschancen sozioökonomisch benachteiligt sind. Damit wird deutlich, dass die oben beschriebenen Tendenzen in der gesundheitlichen Versorgung wie Zugangsbarrieren, Missverständigung und Unterschichtsphänomene in ihrer Beschreibung genau auf diese Klientel abzielen. Beschäftigt man sich nun mit der psychiatrischen Versorgung der Kinder und Jugendlichen aus diesen Familien, die sich quantitativ analog in der vorliegenden Studie abbilden, müssen diese Hintergründe mitgedacht und angenommen werden.

Für Kinder aus Familien mit nur einem ausländischen Elternteil treffen diese Überlegungen vermutlich nicht zu, da sprachliche, ökonomische und integrative Hürden und Benachteiligungen nicht charakteristisch für sie sind, so dass es sinnvoll ist, innerhalb der Untersuchung die Unterteilung nach ein- und beidseitigem Migrationshintergrund vorzunehmen.

4. Tangente Kultur

Auf der Beschreibungsebene wird deutlich, dass vor allem interaktionelle Hürden und Benachteiligungen die psychiatrische Versorgung von Patienten mit den oben beschriebenen und in Deutschland dominierenden Migrationshintergründen erschweren. Da es hierbei sehr offensichtlich um Phänomene geht, die sich aus dem Aufeinandertreffen unterschiedlicher Kulturen ergeben (Missverständigungen, Zugangsbarrieren, Segregation), bezeichne ich diese Ebene als „interkulturell“. Auf der interpretatorischen Ebene muss jedoch verstanden werden, welche inneren und größtenteils unbewussten Muster und Vorstellungen über eine kulturelle Sozialisation in den Individuen verankert werden, die auf der Aktionsebene zu derartigen Unterschieden führen. Diese Dimension bezeichne ich als „intrakulturell“.

In diesem Kapitel soll es nun darum gehen, die intrakulturelle Dimension zu beleuchten und ihre Wechselwirkung mit der interkulturellen Ebene zu verstehen, um interpretatorische Möglichkeiten für potentielle Unterschiede in der Ätiologie, Genese und psychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund bereitstellen zu können.

4.1. Die Bedeutung von Kultur

Kultur wird als ein System kollektiver Werte und Normen verstanden, das im Rahmen der Sozialisation von den Mitgliedern einer sozialen Gruppe, bewusst oder unbewusst, von jeder Generation erneut erlernt und verinnerlicht werden muss.

Der Kulturbegriff fungiert in vorliegender Arbeit nicht als abstrakte Größe im philosophischen oder wissenschaftlichen Sinne, sondern soll hier stark an der Handlungsebene orientiert werden, da diese das Miteinander und die Zusammenarbeit von Menschen unterschiedlicher Kulturen beschreiben kann. Nach Alexander Thomas lässt sich Kultur daher wie folgt definieren:

„Kultur ist ein universelles System. Alle Menschen leben in einer spezifischen Kultur und entwickeln sie weiter. Kultur strukturiert ein für die Bevölkerung spezifisches Handlungsfeld, das von geschaffenen und genutzten Objekten bis hin zu Institutionen, Ideen und Werten reicht. Kultur manifestiert sich immer in einem für eine Nation, Gesellschaft, Organisation oder Gruppe typisches Orientierungssystem.“

Dieses Orientierungssystem wird aus spezifischen Symbolen (z.B. Sprache, Gestik, Mimik, Kleidungsstil, Begrüßungsrituale) gebildet und in der jeweiligen Gesellschaft, Organisation oder Gruppe tradiert, das heisst, an die nachfolgende Generation weitergegeben. Das Orientierungssystem definiert für alle Mitglieder ihre Zugehörigkeit zur Gesellschaft und Gruppe und ermöglicht ihnen ihre ganz eigene Umweltbewältigung. Kultur beeinflusst das Wahrnehmen, Denken, Werten, Handeln aller Mitglieder der jeweiligen Gesellschaft. Das kulturspezifische Orientierungssystem schafft einerseits Handlungsmöglichkeiten und Handlungsreize, andererseits aber auch Handlungsbedingungen und setzt Handlungsgrenzen fest.“ (Thomas 2003, S. 22)

Für vorliegende Arbeit bedeutet das respektiv, dass sich in einer institutionalisierten psychiatrischen Versorgung kulturelle Normen und Werte (hier der deutschen Kultur) widerspiegeln und mit möglicherweise fremden Kulturstandards aufeinandertreffen. Wichtig für vorliegende Untersuchung sind die Überlegungen, dass Kulturstandards das sinnstiftende Orientierungssystem ausmachen (Thomas 2003, S. 24) und damit das Verhalten des Einzelnen steuern und regulieren sowie unbewusst immer hinsichtlich des eigenen Orientierungssystems bewerten. Das heißt, dass das eigene Bezugssystem stets die Referenzgröße ist (z.B. bei der Einschätzung eines auffälligen Verhaltens im psychopathologischen Sinne).

Wichtig für das Verständnis von Kultur und ihrer Wirkungsweise ist die Tatsache, dass Kultur nur zu einem kleinen Teil dem Bewusstsein eines Individuums zugänglich ist, vielmehr ist davon auszugehen, dass in nahezu jeder Interaktion unbewusste kulturell geprägte Handlungsprogramme ablaufen, die einem Individuum nur dann bewusst werden können, wenn es auf Individuen mit einem anderen kulturellen Hintergrund trifft (Krewer/ Eckensberger 1998, S. 592).

4.2. Individualistische versus kollektivistische Kulturen

Bei dem Versuch, die Unterschiedlichkeit von kulturellen Bedeutungs- und Orientierungssystemen zu beschreiben, gerät man schnell an die Grenzen der Objektivierbarkeit. Aus diesem Grund möchte ich mir an dieser Stelle nur einen einzigen kulturell distinktiven Aspekt zunutze machen, der aber gerade in seiner

Konstruiertheit wichtige interpretatorische Impulse für sehr unterschiedliche Ebenen kulturellen Miteinanders liefert.

In der Dichotomie von Hofstede (2001) teilen sich die Kulturen der Welt in individualistische und kollektivistische Kulturen auf (ebd. S. 63ff).

Analog zu den Migrantengruppen in vorliegender Untersuchung sollen die nationalen Tendenzen kurz erwähnt werden:

Zu den individualistischen Kulturen zählen zum Beispiel die USA, Deutschland, Großbritannien, Frankreich und Italien, zu den kollektivistischen Kulturen gehören zum Beispiel die Türkei, arabische Länder, weite Teile Afrikas, Südamerika, Ex-Jugoslawien, China, Japan, die ehemalige Sowjetunion und osteuropäische Länder² (vgl. Hofstede, S. 70).

Das heißt, lediglich ein kleiner Teil der Menschheit lebt in einer Gesellschaft, die individualistisch organisiert ist und in der die individuellen Bedürfnisse den gesellschaftlichen vorrangig sind. Das bedeutet, dass der Großteil der Weltbevölkerung in kollektivistischen Kulturen aufwächst, in denen die individuellen Bedürfnisse den kollektiven nachgeordnet sind. Da in einigen kollektivistisch geprägten Ländern wie der Türkei, arabischen Ländern und Teilen der ehemaligen Sowjetunion, die auch für die vorliegende Untersuchung relevant sind, der islamische Glaube weitgehend verbreitet ist, möchte ich in den folgenden Unterkapiteln auch die Besonderheiten dieser Glaubensrichtung verbindend einfließen lassen, da auch das religiöse Bezugssystem das Bild des Menschen in einer Gesellschaft prägt.

4.2.1. Bedeutung für das Familienleben

Wie oben beschrieben wird Kultur zum größten Teil unbewusst im Sozialisations- und dabei vor allem im Erziehungsprozess an die Kindergeneration weitergegeben. Dabei macht es vermutlich einen Unterschied, ob Kinder in einer Kernfamilie aufwachsen- wie für die individualistischen Kulturen angenommen- oder in Großfamilien (mehrere Kinder, Großeltern, Verwandte), wie es in kollektivistischen Kulturen üblicher ist (Hofstede 2001, S. 65).

² Osteuropa und die ehemalige SU sind nicht bei Hofstede aufgeführt, ihre Einordnung lässt sich aber aus seinem Modell stringent ableiten. Die Zuordnung findet sich aber auch zum Beispiel unter: http://www.fhm-mittelstand.de/fileadmin/user_upload/PDF/FHM-Website/Weiterbildung/Kompetenzzentrum/Kulturguide_Polen_11.01.2008_ISBN.pdf

Verfolgt man diese Überlegung, so kann angenommen werden, dass das Aufwachsen in einer Kernfamilie, verbunden mit individualistischen Erziehungsprinzipien, auch stärker die Orientierung und Fokussierung auf die äußere Umwelt fördert, da die Herausbildung einer eigenen und individuellen Identität geradezu erwartet wird. Demgegenüber stehen die Rahmenbedingungen des Aufwachsens in Großfamilien und hier angenommen kollektivistischen Kulturen, wo eine stärkere Fokussierung und Orientierung am innerfamiliären Gefüge erfolgt und gleichzeitig deren Fortbestand sichert. Diese kulturinhärenten Bedingungen sind jedoch oft in der Migration nicht mehr gegeben und erschweren damit zum einen die Weitergabe kultureller Vorstellungen und Standards seitens der Eltern, andererseits aber auch die Orientierungsmöglichkeiten seitens der Kinder, vor allem wenn sich Herkunfts- und Aufnahmekultur bezüglich einer kollektivistischen oder individualistischen Orientierung stark unterscheiden, wie es zum Beispiel für Familien mit türkischem oder auch osteuropäischem Migrationshintergrund in Deutschland der Fall ist.

Besonders Eltern der 2. Migrationsgeneration, die für vorliegende Untersuchung als Eltern der Patienten mit Migrationshintergrund relevant sind, stehen vor der Notwendigkeit oder vielmehr dem Problem, ihren Kindern eine (eigen)kulturelle Sozialisation anbieten zu müssen, in der sie selbst nie wirklich zu Hause waren und die gar nicht ihre eigene ist (vgl. z.B. Adam 2009, S. 249).

Ein Beispiel bieten hier Erziehungsvorstellungen:

Während in individualistischen Kultursystemen wie Deutschland, USA etc. ein autoritativer Erziehungsstil als entwicklungsfördernd gilt, sieht das Norm- und Wertesystem kollektivistischer Kulturkreise autoritäre Erziehungsstile vor. Es wird teilweise auch in der Literatur darauf hingewiesen (vgl. Schepker, et al. 2005, S. 201), dass diese Erziehungsvorstellungen im kulturkohärenten Rahmen keine deutlichen Entwicklungsnachteile für die Kinder mit sich bringen, unter bestimmten Umständen sogar sinnvoll und funktional sind, sofern ein Kind unter entwicklungsgefährdenden oder delinquenzförderlichen Umständen aufwächst, was in einigen Fällen für türkische Jugendliche zu vermuten ist (Uslucan 2009, S. 290ff). Problematisch gestaltet sich die kulturelle Sozialisation jedoch im Migrationskontext. Hier sind Eltern darauf angewiesen, ihr eigenes Verhaltensrepertoire zu erweitern und im Zuge einer Akkulturation kulturbezogene Einstellungen, Werte und Verhaltensweisen zu ändern oder umzuorganisieren. Dieser Prozess zieht in aller

Regel eine Entfremdung von den Werten und Regeln der Herkunftskultur nach sich, was nicht bewusst entschieden wird und damit innerpsychisch zu Konflikten führt. Der Widerspruch, sich einerseits in die Mehrheitsgesellschaft integrieren zu wollen und andererseits die kulturellen Wurzeln nicht vollständig aufzugeben, führt vor allem im erzieherischen Kontext zu Spannungen, die sich in Form härterer oder disziplinierender Erziehungspraktiken zeigen. Usculan (2009) erklärt diesen Zusammenhang als Reaktion auf das Gefühl der Eltern, ihre Kinder an die neue Kultur zu verlieren und deshalb mit stärker behütenden oder kontrollierenden Erziehungsstilen zu reagieren (ebd. S. 280). Besonders für Jugendliche birgt diese Art der elterlichen Zuwendung in Verbindung mit den individualistischen Vorstellungen der Umwelt der hiesigen Aufnahmekultur die Gefahr von Autonomiekonflikten.

Ein weiterer Aspekt hinsichtlich der verschiedenen kulturell geprägten Organisationen ist die Rolle und Stellung der einzelnen Familienmitglieder. In kollektivistischen Kulturen und auch in islamisch-religiösen Vorstellungen (Klöcker/Tworuschka 2005, S. 63) herrscht eine sehr hierarchische und patriarchalische Rollenzuweisung (Hofstede 2001, S. 77ff), während in individualistischen Kulturen eher das Postulat der Gleichberechtigung gefördert wird.

Schwierigkeiten für das Familiengefüge ergeben sich hier zum Beispiel in der Migrationssituation: Kinder von Migranten finden sich meist schneller in der Aufnahmekultur zurecht als ihre Eltern, da sie meist vor allem auch schneller die Sprache beherrschen. Das führt nicht selten zur Rollenkonfusion innerhalb der Familie und gleichzeitig zur Überforderung der Kinder, da diese plötzlich die Kompetenzträger der Familie sind, mit allen dazugehörigen Verantwortungen und Aufgaben, wodurch transgenerationale Konzepte und Interaktionsmuster massiv abgewertet und gestört werden. Es ist vorstellbar, dass das in kollektivistischen Kulturen eindeutige Gebot, die Familie zu unterstützen, hier gleichzeitig mit einer Überforderung der Kinder einhergeht, Entscheidungen treffen zu müssen und sich an keinen vorgegebenen Meinungen mehr orientieren zu können, zumal Großfamilienstrukturen in vielen Fällen auch durch die Migration aufgelöst werden.

Die Überlegungen, dass der Zusammenbruch von (Groß)-Familienstrukturen massive Schwierigkeiten für die Sozialisation in kollektivistischen Kulturen mit sich bringt, erhärten noch einmal die Brisanz für das ohnehin risikobehaftete Merkmal in Trennungsfamilien, bzw. hier insbesondere in Einelternfamilien aufzuwachsen. Es kann vermutet werden, dass sich für Kinder mit Migrationshintergrund in Deutschland noch einmal spezielle Risiken aus der kollektivistischen Orientierung ergeben.

Die Zahl der Alleinstehenden in Deutschland ist in den letzten Jahren deutlich angestiegen. Bei Ehescheidungen sind in Deutschland in 50% der Fälle minderjährige Kinder betroffen. Bei ausländischen Familien in Deutschland liegt die Scheidungsrate (vor allem bei jungen Familien, vgl. BFSFJ 2000, S. 73) deutlich niedriger, auch die Zahl der Alleinerziehenden liegt in ausländischen Familien bei 11,9% gegenüber 15,4% bei der Gesamtbevölkerung (Bundesministerium für Familien 2003, S. 56).

Neben einer kollektivistischen Orientierung, die einen höheren familiären Zusammenhalt mit mehr Nachkommen und Familienmitgliedern impliziert, können für die Erklärung der Korrelation von Migrationshintergrund und geringerem Scheidungsrisiko auch religiöse Motive und ökonomische Zwänge angeführt werden. Es ist zu vermuten, dass ein Großteil ausländischer Ehen gerade in der Migration von kulturellen Wertvorstellungen, aber auch sozioökonomischen Zwängen geprägt sind und weniger dem Ideal der romantischen Liebe folgen, womit die geringere Scheidungsrate bei gleichzeitig höherer Eheschließungsanzahl im Vergleich zu Deutschen zu erklären wäre. Gerade für den islamischen Glauben gilt die Scheidung als verpönt (Klöcker/ Tworuschka 2005, S. 65), was gerade für alleinerziehende Elternteile mit entsprechendem Migrationshintergrund und religiösem Glauben konflikthaft besetzt ist und Brüche in ihrer Vorbildfunktion mit sich bringen kann.

Für junge Menschen mit türkischem oder arabischem Migrationshintergrund (und islamisch-religiöser Orientierung) können sich vor dem Hintergrund dieser religiösen oder kulturellen Familienvorstellungen auch große Konflikte ergeben, wenn sie sich mit Zielen individualistischer Lebensplanung (z.B. Karriereplanung bei jungen Frauen versus Familiengründung) identifizieren wollen.

Welch große Belastung eine Trennung jedoch auch unabhängig vom kulturellen Hintergrund für Kinder mit sich bringt, zeigt die Scheidungsforschung. So gehen

Trennungen mit erheblichen körperlichen und psychischen Problemen einher. Nicht nur bei den Partnern selbst, sondern auch bei ihren Kindern können starke negative psychische und körperliche Konsequenzen nachgewiesen werden. Bei den Erwachsenen kann eine hohe Komorbidität zwischen chronischen Partnerschaftskonflikten und Depressionen sowie Angst festgestellt werden, bei den Kindern gehen diese Belastungen mit erheblichen Verhaltensauffälligkeiten einher (Schmidt/ Ulrich 2009, S. 70). Mehr als die Hälfte aller Kinder leiden nach einer Trennung oder Scheidung an psychosomatischen Beschwerden, Ängsten und Leistungsabfall. Unzählige Studien konnten nicht nachweisen, dass es geschlechtsspezifische Risiken für Kinder aus Scheidungsfamilien gibt, allerdings gibt es ein altersabhängiges Risiko: Kinder, die die Scheidung ihrer Eltern vor dem 5. Lebensjahr erlebten, zeigten zwei bis drei Mal häufiger „emotionale Störungen“ oder „Störungen des Sozialverhaltens“ als in der Gruppe der 5 bis 10-Jährigen, in der Gruppe der 10 bis 15-Jährigen war das Drogenkonsum-Risiko erhöht (Lehmkuhl/ Huss 2004, S. 68). Diese Daten zeigen, welche enormen Belastungen durch eine elterliche Trennung auf minderjährige Kinder zukommen, bezogen auf eine kulturelle Dimension potenzieren sich die Schwierigkeiten: Zum einen durch die immer wieder beschriebene soziale und ökonomische Benachteiligung von Migrantenfamilien, die sich in Ein-Eltern-Familien noch mal dramatisch steigert, zum anderen fehlen für das Kind nicht nur elterliche Rollenvorbilder, sondern auch kulturelle Rollenträger, die für den Aufbau ihrer eigenkulturellen Identität und damit psychischen Identität unabdingbar sind.

4.2.2. Bedeutung für das Verständnis von Krankheit/ Gesundheit

Da eine ätiologische Auseinandersetzung mit dem Thema Krankheit auch immer moralisch-religiöse Fragestellungen tangiert, möchte ich an dieser Stelle einige Gedanken zum Verständnis von Krankheit im islamischen Glauben voranstellen. Wie oben beschrieben ist der islamische Glaube in kollektivistischen Kulturen verbreitet und für die in vorliegender Untersuchung vorkommenden Migrantengruppen relevant. Im Islam besteht die feste Überzeugung, dass Gott für alle Krankheiten ein Gegenmittel bereithält (Klöcker/ Tworuschka 2005, S.130), wodurch implizit der Heilungsprozess an eine höhere Instanz delegiert und sich damit auch ein Stück weit von den aktiven Bemühungen und Erfolgchancen menschlicher Einwirkungen

distanziert wird. Krankheit wird zwar weniger als Gottesstrafe angesehen, verlangt aber von Muslimen ein Ausharren und eine Auseinandersetzung mit sich und den schicksalhaften Erfahrungen im Krankheitsprozess. Im Islam besaß Krankheit schon früh nicht nur den körperlichen Aspekt, sondern auch seelische Leiden. So liegt die Heilung der „Krankheiten des Herzen“ (...) „in der Beachtung des religiösen Wissens und genauer Selbstkontrolle“ (Klöcker/ Tworuschka 2005, S.131).

An diesem Beispiel wird deutlich, dass sich kulturelle Vorstellungen von Krankheit vor allem in der Diskussion um das „Leib-Seele-Problem“ manifestieren. Während in einer religiös-islamischen Denkweise, aber auch allgemein im Kulturkreis des Mittelmeerraumes (Italien, Türkei, Griechenland etc.) die Wechselwirkung zwischen Körper und Seele Konsens ist, stellt die heutige Medizinforschung, die wohlgemerkt von individualistischen Kulturen dominiert wird, aufwendige Experimente an, um diesen Zusammenhang zu ergründen und die Vorstellung einer Leib-Seele-Trennung zu überdenken (Hoffmann, Hochapfel 2004, S. 197).

Umso unverständlicher muss beispielsweise für Menschen mit türkischem, arabischem, aber auch griechischem oder spanischem Migrationshintergrund das Primat körperlicher Erkrankungen im deutschen Gesundheitssystem sein, wohingegen in ihrem Kulturkreis die Bekundung somatischer Beschwerden auch als Ausdruck psychischen Leides verstanden wird und nicht ausschließlich medikamentös behandelbar ist. Die Vielzahl nebeneinander und miteinander wirkender Professionen im Islam, wie z.B. Knochenheiler, Religiöse Heiler und Pflanzenheiler (Heine/ Assion 2005, S. 31ff), verdeutlichen einerseits den mehrperspektivischen Blick auf Symptomatiken, beinhalten andererseits aber auch die tradierte Anerkennung subjektiver Wahrnehmungen der Patienten als wichtigen Bestandteil des Heilungsprozesses bei gleichzeitig aktivem Vorgehen eines vom Patienten geschätzten Arztes, der auch magisches Wissen besitzt.

In der Medizinvorstellung einer beispielsweise deutschen (Aufnahme-) Kultur hingegen wird vom Patienten eine detaillierte Symptombeschreibung erwartet, die der Arzt qua Profession beurteilt und behandelt. So geht es weniger um das Verstehen der Krankheit oder der Aussagen des Patienten, sondern mehr um eine fokussierte und wirksame Behandlung. Es ist zu überlegen, inwiefern dieses Vorgehen an das Modell von kollektivistischen und individualistischen Kulturen anknüpft. Individualistische Kulturen propagieren ein leistungsfähiges und funktionales Menschenbild, wobei der Mensch als Einzelkämpfer gesehen wird und

funktionieren muss. In kollektivistischen Kulturen gilt der Mensch als Teil der Gruppe und kann dadurch auch auf die Pflege durch die Gruppe vertrauen bzw. auf den Fortbestand dieser (auch wenn er während seiner Genesungszeit nicht einsatzfähig ist). So ist zum Beispiel im Islam geregelt, dass der Kranke von seinen Pflichten gegenüber der Gesellschaft für die Zeit seiner Erkrankung befreit ist und die Fürsorge dieser genießt (Klöcker/ Tworuschka 2005, S. 130). Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen wird deutlich, dass in kollektivistischen Kulturen zum einen möglicherweise religiös motivierte Gründe vorliegen, Kranke im Rahmen der Gruppe und Familie zu pflegen und ihnen die Zeit zur Genesung zu gewähren, zum anderen aber auch personelle Kapazitäten dieses Vorgehen erst ermöglichen. In individualistischen Kulturen hingegen gibt es weder die personellen Ressourcen, die Zeit zur Genesung ermöglichen, noch ist es mit individuellen Ansprüchen in einer Leistungsgesellschaft vereinbar, über Wochen oder Monate berufliche Vorhaben auszusetzen.

Nachdem bisher die Unterschiede und Besonderheiten von einem kulturell-religiös differierenden Krankheitsverständnis erörtert worden sind, soll es an dieser Stelle auch um einen für die psychische Entwicklung von Kindern wichtigen Risikofaktor gehen, nämlich das Aufwachsen mit psychisch kranken Eltern.

Kinder mit psychischen Problemen stammen oft aus Familien, in denen mindestens ein Elternteil psychisch erkrankt ist. Laut Bundesgesundheitsurvey (RKI 2007) erkranken rund 30% der erwachsenen Gesamtbevölkerung Deutschlands innerhalb eines Jahres an einer psychischen Störung. Spitzenwerte in der Diagnosenverteilung erreichen dabei die somatoformen Störungen mit 11% und die affektiven Störungen, zu denen die depressiven Erkrankungen zählen (11,9%) (vgl. Zusammenstellung in BPtK-Newsletter, I/2007, Februar).

Obwohl Schätzungen zufolge von einer deutlichen Unterversorgung der Erkrankten ausgegangen wird, da zu wenig psychiatrische und psychotherapeutische Angebote zur Verfügung stehen (Mattejat 2009, S. 70), machen psychische Erkrankungen 11,3% der Krankenkassenausgaben aus, davon fallen die Hälfte dieser Kosten für die Behandlung schizophrener und depressiver Störungen an (Scharnhorst 2010, S. 139). Neben der zu geringen Verfügbarkeit von Behandlungsangeboten wird vor allem das Problem der Stigmatisierung und Tabuisierung diskutiert, was Menschen daran hindert, Hilfe aufzusuchen. Die „alte“ Vorstellung, durch Krankheit für Sünden

gestraft zu werden, ist in der öffentlichen Meinung zwar unzulässig, hält sich aber gerade für psychische Erkrankungen noch erstaunlich hartnäckig in den Köpfen Betroffener (Mattejat 2009, S. 71/72).

Es ist statistisch bekannt, dass psychisch Erkrankte ebenso häufig Kinder haben wie gesunde Menschen. Zu jedem beliebigen Messzeitpunkt haben 20% der schwer psychisch erkrankten Frauen Minderjährige zu versorgen (ebd., S. 74). Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung haben Kinder psychisch kranker Eltern ein deutlich erhöhtes Risiko selbst zu erkranken, so ist das Risiko für die Ausprägung einer psychischen Störung bei Kindern mit einem depressiven Elternteil um ein Vierfaches erhöht. Ca. 60% der Kinder mit diesen Lebensumständen entwickeln im Laufe ihres Lebens irgendeine psychische Auffälligkeit. Die genetische Vererbbarkeit von psychischen Erkrankungen kann zwar nicht negiert werden, vielmehr ist jedoch von einer erhöhten Vulnerabilität dieser Kinder auszugehen, zumal ihre Lebensumstände meist ein komplexes System von Risikofaktoren aufweisen. Niedriger sozioökonomischer Status, Arbeitslosigkeit in der Familie, beengte Wohnverhältnisse, Gewalt und Missbrauch, Disharmonien zwischen den Eltern, Trennung der Eltern, Betreuung durch alleinerziehende Elternteile sowie der Verlust eines Elternteils gelten als harte Risikofaktoren, von denen in Familien mit psychisch erkrankten Eltern oftmals im höheren Maße ausgegangen werden muss. Für Familien mit Migrationshintergrund bedeuten diese Fakten eine Kumulation von ungünstigen Bedingungen. Kulturell motivierte Stigmatisierungsängste und ein ohnehin mangelhaftes Versorgungsangebot wirken sich auf diese Gruppe erwartungsgemäß drastischer aus als bei Familien ohne Migrationshintergrund.

Für Familien mit kollektivistisch orientiertem Migrationshintergrund ist hier in Deutschland von erhöhten Risiken auszugehen, sofern sie nicht in einem größeren Familienzusammenhang leben, da es weder ihren kulturellen Vorstellungen entspricht, zunächst institutionelle Hilfe aufzusuchen, noch ein familiärer Verbund die Fürsorge für eine erkrankte Person übernehmen kann. Besonders für Kinder aus solchen Kernfamilien mit Migrationshintergrund, möglicherweise sogar aus Ein-Eltern-Familien, ist deshalb mit der Erkrankung eines Elternteils eine massive Überforderung verbunden, da sie einerseits qua kultureller Vorstellung die Aufgabe haben, sich zu kümmern, andererseits aber die alleinige Verantwortung tragen,

sofern kein Großfamilienverband unterstützend tätig ist und die Option einer externen Hilfe zunächst nicht in der kulturellen Vorstellung verankert ist.

4.2.3. Bedeutung für die Entwicklung psychischer Erkrankungen

Neben dem Einfluss kultureller Vorstellungen und Hintergründe auf die Organisation des sozialen Lebens sowie auf Handlungsweisen, kann davon ausgegangen werden, dass kulturelle Vorstellungen auch die psychische Organisation und den Umgang mit Konflikten prägen und damit ein potentiell Symptomrepertoire determinieren. So kann angenommen werden, dass innerhalb verschiedener Kulturen durchaus unterschiedliche Ausdrucksformen verschiedenster Gefühle geregelt sind, inklusive der Regulation bestimmter Gefühlszustände wie zum Beispiel Aggression.

In kollektivistischen Kulturen steht die Harmonie in der Gruppe an oberster Stelle, eine Konfrontation mit einer anderen Person gilt als unhöflich und unerwünscht. Das Wort „nein“ wird selten ausgesprochen. In individualistischen Kulturen hingegen gilt es als Tugend, seine eigene Meinung zu sagen, in der Familie wird den Kindern vermittelt, stets die Wahrheit zu sagen, da eine konstruktive Konfliktbewältigung als normaler Bestandteil familiären Zusammenlebens gilt. In kollektivistischen Kulturen ist eine persönliche Meinung nicht gefragt, es zeugt von einem schlechten Charakter, wenn Kinder diese immer wieder äußern, so dass sie dazu erzogen werden, sich an anderen zu orientieren (Hofstede 2001, S.79). Welches Verhalten als erwünscht oder unerwünscht gilt, hängt daher von der kulturellen Umgebung ab. Diese Befunde führen zu der Überlegung, inwiefern in dieser Art der kulturellen Vorgaben nicht bereits das Spektrum eines psychischen Symptomrepertoires determiniert ist bzw. inwiefern ein bestimmtes kulturelles System bestimmte Symptome fördert. Aus der ätiologischen Krankheitsforschung ist bekannt, dass die Unterdrückung und Negation von Gefühlen (vor allem Aggression) Mitverursacher psychosomatischer Erkrankungen ist, da die Gefühle kein Ventil finden und somatisiert werden (vgl. z.B. Rudolf 2005, S. 287ff oder Hoffmann/ Hochapfel 2004, S. 238). Die vor allem bei türkischen Migranten häufig vorgefundenen bzw. diagnostizierten depressiven und somatisierenden Erkrankungen (vgl. Shouler-Ocak 2007, S. 87ff) sind Formen der „stillen Leidsbekundung“, während Verhaltensauffälligkeiten im Sinne aggressiver Impulsdurchbrüche eher in individualistisch geprägten Kulturkreisen vorkommen und auch akzeptiert werden.

Berücksichtigend, dass psychotische Erkrankungen eine große neurobiologische Komponente haben, ist wenigstens zu überlegen, inwiefern der Wechsel zwischen kollektivistischer und individualistischer Kultur weit mehr als ein Kulturwechsel ist, sondern eigentlich ein Realitätsbruch hinsichtlich der bis dato gültigen Persönlichkeitsorganisation, was sich in Form realitätsverzerrender Wahrnehmung als Symptomatik zeigen könnte. Ein weiterer wichtiger Unterscheidungsaspekt ist der Umgang mit Sprache und Kommunikation. Während es in individualistischen Kulturen als grundlegendes Bedürfnis gilt zu kommunizieren, ist in kollektivistischen Kulturen eher das Schweigen eine Tugend (Hofstede 2001, S. 80). Edward T. Hall (in Hofstede 2001, S. 81) unterscheidet in sogenannte „high-context“- und „low-context“-Kulturen. High-context-Kulturen zeichnen sich durch ein Minimum an verbaler Kommunikation aus, vielmehr sind die Informationen in der physischen Umwelt enthalten oder in der Person selbst begründet. Diese Kommunikationsform findet sich vorwiegend in kollektivistischen Kulturen wieder. Überdenkt man die Gründe einer mangelhaften Nutzung des deutschen Gesundheitssystems durch Migranten, so könnte man zumindest für den Bereich der Psychotherapie, die in hohem Maße verbale Kommunikation voraussetzt, festhalten, dass es kultursozialisatorische Unmöglichkeiten gibt, Probleme verbal zu kommunizieren bzw. dass es bei Patienten ein Gefühl von intrusiver Grenzüberschreitung und Missverständenheit auslösen muss, wenn ein Psychotherapeut die vermuteten Informationen gar nicht innehat und verbal zu ergründen versucht. Die Vermutung liegt nahe, dass ein „westliches“ Psychotherapiemodell, das auf Vorstellungen individualistischer Orientierung basiert, nicht für alle Kulturen handhabbar und erfolgreich ist bzw. sein kann.

Für die kulturdifferente Konfliktverarbeitung beschreibt Hofstede, dass Verstöße gegen die Gesellschaft in individualistischen Kulturen schuldhaft verarbeitet werden, da es ein individuell entwickeltes Gewissen gibt, das von Schuldgefühlen geplagt werden kann. Kollektivistische Kulturen hingegen bezeichnet er als Schamkulturen, da der Verstoß gegen die Regeln nicht nur den Einzelnen betrifft, sondern die ganze Gruppe beschämt. Schuld ist ihrem Wesen nach individuell, ebenso wie das für individualistische Kulturen gültige Konzept der Selbstachtung, wohingegen Scham gesellschaftlich ist und mit dem Konzept der Gesichtswahrung korreliert (Hofstede 2001, S. 82). Diese Gedanken sind sicher auch auf ein kulturabhängiges Selbstwertkonzept übertragbar. So gelten Vertreter einer individualistischen Kultur als Einzelkämpfer, die Erfolge als narzisstische Aufwertung ihres Selbst verbuchen,

während Vertreter kollektivistischer Kulturen, den Erfolg für die Gruppe erbringen und daher nur insofern von ihrem Erfolg partizipieren, als dass sie der Gruppe Ansehen bzw. Erfolg gebracht haben. Umso stärker ist demnach auch der Versagensdruck, was sicher für viele Kinder mit Migrationshintergrund im schulischen Bereich zutrifft und in unserer individualistisch geprägten Gesellschaft oft als enormer psychischer Belastungsfaktor unterbewertet wird.

4.3. Überlegungen zur Situation von Kindern und Jugendlichen mit einseitigem Migrationshintergrund³ in Deutschland

Da in vorliegender Untersuchung die Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in solche mit ein- und beidseitigem Migrationshintergrund unterteilt wurden, möchte ich hiermit ein paar Überlegungen zum Aufwachsen mit Eltern unterschiedlicher nationaler Herkunft voranstellen. In vorliegender Untersuchung ging es dabei ausschließlich um Kinder und Jugendliche mit einem deutschen und einem nichtdeutschen Elternteil, weswegen sich meine Ausführungen nur auf diese Konstellation beziehen.

Analog zur eingangs konstruierten Differenzierung zwischen interkultureller und intrakultureller Dimension gehe ich bei Kindern und Jugendlichen, die zumindest mit einem deutschen Elternteil aufwachsen, nicht per se von interkulturellen Schwierigkeiten aus. Bei diesen Kindern und Jugendlichen treffen in der Regel die oben dargestellten Hindernisse nicht zu. Sie beherrschen in aller Regel sehr gut die deutsche Sprache und das nonverbale Kommunikationsrepertoire, so dass es seltener zu Missverständnissen kommt, sie bzw. wenigstens ein Elternteil finden vermutlich problemlos den Zugang zu Versorgungsangeboten und in aller Regel handelt es sich bei diesen Familien auch nicht um bildungsferne Unterschichtfamilien. Dennoch ist davon auszugehen, dass die oben definierten intrakulturellen Phänomene auch in dieser Gruppe wirksam sein können und dieses vor allem, wenn Elternpaare sich aus Vertretern kollektivistischer Kulturen und individualistischer Kulturen zusammensetzen.

Im Jahr 2008 waren 10,9% aller in Deutschland geschlossenen Ehen binational, in 4,8% der Fälle war die Frau deutsch, in 6,2% der Fälle der Mann (Iaf 2008, S. 1).

³ In diesem Kapitel werden die Begriffe „bikulturell“, „einseitiger Migrationshintergrund“ und „binational“ synonym verwendet, da sie auf denselben Sachverhalt hinweisen sollen und in der Rezeption der Forschungsliteratur die jeweils verwendeten Begrifflichkeiten beibehalten werden sollen.

Deutsche Männer heirateten vorwiegend Frauen aus Polen, der Türkei, Russland und Thailand, deutsche Frauen heirateten in der Mehrzahl Männer aus der Türkei, Italien und den USA. Mit diesen Werten kann in einem Großteil der binationalen Verbindungen von einem Aufeinandertreffen von kollektivistisch und individualistisch orientierten Werten ausgegangen werden. In diesem Befund ist daher ein potentiell Konfliktmerkmal enthalten, das ein erklärendes Moment für die deutlich höhere Scheidungsanzahl in binationalen Ehen sein könnte. 2004 waren unter den Ehescheidungen 12,9% binationale Verbindungen, während nur 4,3% der Scheidungen zwischen beidseitig ausländischen Ehepaaren erfolgte (Iaf 2008, S. 3). Während aus deutschen Ehen nur zu 48,6% Kinder hervorgehen, ist dieses bei den binationalen zu 58,4% (Mutter Ausländerin) und 61,3% (Vater Ausländer) der Fall (BMFSJ 2003, S. 54). Generell kann jedoch festgehalten werden, dass mindestens 12,3% der 2006 in der BRD geborenen Kinder aus binationalen Verbindungen stammen, die Dunkelziffer ist höher (Iaf 2008, S. 2).

Es ist bislang unklar, warum verhältnismäßig wenig Forschungsliteratur zu den spezifischen Lebensbedingungen dieser Kinder existiert, eine Hypothese ist, dass sie nicht durch soziale oder gesellschaftliche Probleme auffallen und sich vor allem auch schulisch im Gegenteil zu den besorgniserregenden Ergebnissen von Kindern aus rein ausländischen Familien keine nennenswerten Unterschiede ergeben bzw. bekannt sind. Die bikulturellen Kinder gelten eher als angepasst und ressourcenstark in Hinblick auf ihre Interkulturalität und oft auch Bilingualität. Forschungen zur Identitätsbildung ergaben keine nennenswerten Unterschiede zwischen monokulturellen und bikulturellen Jugendlichen (vgl. Wießmeier 1999/ Wießmeier 2000, S. 91), vielmehr wird davon ausgegangen, dass Kinder aus diesen Familien deutlich mehr Impulse zur Ausbildung einer multikulturellen Handlungsfähigkeit erlangen (Khounani 2000, S. 185). Deutlich mehr Aufmerksamkeit im Forschungsinteresse erlangen hingegen bikulturelle Partnerschaften, in denen von erheblichen Spannungen und Missverständnissen berichtet wird, die aus dem Gefälle kulturdeterminierter Familien- und Partnerschaftsvorstellungen entstehen können (Urech, Schiess, Stucki 2005, S. 196). Dennoch nehmen bikulturelle Paare (ähnlich wie ausländische Paare) psychologische Beratungsangebote eher selten in Anspruch (Kunze 2009, S. 112). Ausgehend von Befunden einer eigenen Untersuchung aus dem Jahr 2005 zu Sozialisationsbedingungen in bikulturellen Familien (Thiele 2005, S. 197) muss davon ausgegangen werden, dass das teilweise

sehr konflikthafte Familienmilieu für die Entwicklung der Kinder nicht unproblematisch ist, jedoch aufgrund strenger familiärer Loyalitätsdogmen konfliktvermeidend weder benannt wird noch nach außen kommuniziert werden darf (ebd.). Die Tatsache, dass sich Kinder aus diesen Familien dennoch scheinbar unauffällig entwickeln, spricht für eine hohe fassadäre Anpassungsleistung, hinter der möglicherweise unbearbeitete innerpsychische Konflikte verborgen sind, die erst zu einem späteren Lebens- oder Entwicklungszeitpunkt hervortreten.

5. Tangente Gender

Wie einleitend angekündigt muss davon ausgegangen werden, dass sich auch die Geschlechterzugehörigkeit auf ätiologische und pathogenetische Aspekte, - vielleicht sogar auf interaktionelle Momente -, in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen auswirkt.

Wie eng dabei die Geschlechterrolle mit kulturell-nationalen Hintergründen verwoben ist, beschreibt zum Beispiel Hofstede 2001 (S. 118ff):

„Wie Nationalität ist Geschlecht ein Merkmal, das wir nicht beeinflussen können: (...). Daher sind uns die Auswirkungen von Nationalität und Geschlecht in unserer mentalen Programmierung weitgehend unbewusst. Sowohl Nationalität als auch Kultur der Geschlechtlichkeit sind zwar nicht angeboren, sondern erlernt, aber die Folgen daraus haben wir so früh erlernt, dass wir nie etwas anderes kennengelernt haben und wir uns anderer Möglichkeiten meist nicht bewusst sind“.

Die Herausbildung einer Geschlechtsidentität ist grundlegender Bestandteil der Identitätsentwicklung und beeinflusst also wie kein anderes Merkmal jede Form der sozialen Interaktion. Während in den 1960er Jahren noch davon ausgegangen wurde, dass geschlechtsspezifische Verhaltensweisen biologisch determiniert sind, negierte die damals aufkommende Gender-Forschung mit enormer Vehemenz diese Vorstellungen und verstand die Kategorie Geschlecht als eine gesellschaftliche Konstruktion, die mit erheblichen Zuschreibungen und Benachteiligungen vor allem der weiblichen Geschlechtsidentität einherging. Heute wird davon ausgegangen, dass das komplexe Zusammenspiel unterschiedlichster biologischer, sozialer und psychologischer Variablen die Herausbildung einer unverwechselbaren Geschlechtsidentität beeinflussen. In der englischen Terminologie hat sich zur Unterscheidung der Einflussfaktoren das Vokabular von „sex“ (biologische Faktoren) und „gender“ (soziale/ kulturelle Faktoren) herausgebildet (vgl. Canetto 2004, S. 2).

5.1. Aspekte kulturell determinierter Rollenbilder

Im interkulturellen Vergleich ergeben sich meiner Meinung nach vor allem drei Aspekte, die unterschiedliche Rollenbilder prägen.

Zum einen wandeln sich Rollenbilder im Zuge gesellschaftlicher Veränderungen, wodurch die zeitliche Dichotomie **traditionell versus modern** als Charakteristikum für Rollenvorstellungen entsteht. Unter traditionellen Rollenbildern wird eine stärkere Orientierung an biologischen Gegebenheiten verstanden, wodurch Männern eher der familiäre Außenbereich und die Erwerbstätigkeit zugeordnet wird, während Frauen für den familiären Innenbereich zuständig sind. In nahezu allen Regionen der Welt korreliert die ländlich-bäuerliche Umgebung mit dem Vorherrschen traditioneller Rollenbilder, während in hochtechnologisierten Großstädten modernere Rollenbilder vorherrschen. Bezogen auf die Herkunftsregionen des Großteils der Eltern der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in vorliegender Untersuchung kann eher von ländlichen Regionen mit entsprechenden Rollenvorstellungen ausgegangen werden, so dass sich im Aufeinandertreffen dieser kulturellen Gegensätze zwangsläufig Schwierigkeiten ergeben, aber auch als Ergebnis einer autochthonen historischen gesellschaftlichen Transformation.

Das bestätigt zum Beispiel die Jugend-Shell Studie von 2006. Hier konnte herausgestellt werden, dass traditionelle Rollenbilder in der Vorstellung der Jugendgeneration zwar abgelöst sind, jedoch besonders für die männlichen Jugendlichen mit erheblichen Verunsicherungen einhergehen. Der weibliche Wunsch nach Vereinbarkeit von Familie und Beruf scheint leichter akzeptierbar zu sein als die damit einhergehende Notwendigkeit einer männlichen Beteiligung an Haushalt und Familie (Jugend Shell Studie 2006, S. 37). In der Jugend Shell Studie von 2000 ergab sich neben den eben thematisierten Befunden, dass sich türkische und italienische Jugendliche weniger mit den „neuen“ Identitätsmodellen ihrer deutschen Vergleichsgruppe identifizieren können, sondern stärker an traditionellen Rollenbildern orientiert sind (Jugend Shell Studie 2000, S. 345/346) Es bleibt offen, ob es sich dabei tatsächlich um kulturdifferente Geschlechtsidentitäten handelt oder ob nicht vielmehr davon ausgegangen werden muss, dass sich traditionelle Vorstellungen im Kontext einer fremden Kultur und migratorischer Erfahrungen verstärken.

Ein weiterer deskriptiver Aspekt zur Determinierung von Rollenbildern kann sich aus der **religiösen Orientierung** ergeben. Für vorliegende Untersuchung sind dabei vor allem der islamische Glaube (Türkei/ arabische Länder) relevant sowie der Katholizismus (weit verbreitet in Osteuropa).

In beiden Religionen besteht das Primat der Ehe, wodurch sich die unterschiedlichen Rollenbilder vornehmlich in der Rolle der Eheleute abbilden und sich darüber definieren. Vor allem im islamischen Glauben wird damit der Frau eine nichtberufstätige Rolle zugesprochen, dem Mann die des Versorgers und Ernährers der Familie (Klöcker/ Tworuschka, S. 64), wodurch sich durchaus Schwierigkeiten hinsichtlich einer „modernen“ Geschlechterrollendefinition ergeben können.

Zuletzt möchte ich einen Aspekt der Einteilung Hofstede in **feminine** und **maskuline** Kulturen bemühen, nämlich den des Umgangs mit Leistung in den unterschiedlichen Kulturen, wodurch sich eine Rückkopplung auf das Bild des Menschen und hier der Kinder und Jugendlichen ergibt. Der Aspekt kann insofern gewählt werden, als dass sich eine Schnittmenge zum Merkmal kollektivistischer und individualistischer Kulturen ergibt, die das Miteinander in Gruppen regeln.

Hofstede stellt heraus, dass sich tendenziell maskuline Kulturen, zu denen auch Deutschland zu zählen ist, durch einen deutlich formulierten Leistungsanspruch auszeichnen, der in der Erziehung vermittelt wird, es geht darum, „der/die Beste“ zu sein (vgl. Hofstede 2001, S.125).

Unter tendenziell femininen Gesichtspunkten in der Erziehung ist das Primat der Bescheidenheit zu verstehen, das zum Beispiel für Länder wie die Türkei (vgl. Hofstede 2001, S. 122) angenommen wurde, dort gilt es als unhöflich, sein Können zu propagieren.

Auch dieser Aspekt lässt vermuten, dass Kinder mit beispielsweise türkischem Migrationshintergrund innerhalb Deutschlands einer Leistungsgesellschaft ausgesetzt sind, für die sie in ihrer Erziehung nicht „programmiert“ wurden.

Auf der Grundlage der oben angerissenen Aspekte ist also anzunehmen, dass sich eine Geschlechtsidentität auch im kulturellen Kontext formt und sich im interkulturellen Kontext dadurch auch Schwierigkeiten ergeben können. Für die Persönlichkeitsentwicklung eines Menschen ist es relativ unerheblich, ob geschlechtsspezifisch neurobiologische Vorgänge unterschiedliche Verhaltensweisen ausprägen oder ob diese in einem sozialisatorischen Prozess über den prägenden Einfluss der Familie durch Rollenvorbilder und Ähnlichkeitshypothetische Maßnahmen (Tillmann 2004, S. 86) oder durch externe Sozialisationsinstanzen wie Schule, Medien und Peer Group (vgl. Bilden 1998) konstituiert werden. Tatsache ist jedoch, dass jeder Mensch im kulturell geprägten

gesellschaftlichen Rahmen mit besonderen Erwartungen an seine Geschlechterrolle konfrontiert wird.

5.2. Geschlechtsspezifische Entwicklungsaufgaben

Aus den obigen Ausführungen wird deutlich, dass Rollenbilder auch immer eine kulturelle Dimension beinhalten, die - wie im vorigen Kapitel dargestellt - auch Auswirkungen auf den Umgang und das Verständnis von Krankheit hat. Bezogen auf Kinder und Jugendliche wird dieses komplexe System noch vulnerabler, da die Herausbildung einer Identität und hier vor allem einer Geschlechtsidentität auch immer psychische Krisen beinhaltet, die sich in einem inter- und intrakulturellen Kontext potenzieren können.

Es kann generell angenommen werden, dass sich Identität in einem komplexen Wechselprozess von identifikatorischen und abgrenzenden Vorgängen herausbildet. Für das Merkmal Geschlecht gehe ich davon aus, dass sich dieses Identitätsmerkmal über abgrenzende Faktoren zum gegengeschlechtlichen und identifizierende Faktoren mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil konstituiert. Wie oben beschrieben finden sich einige Hinweise darauf, dass Geschlechterrollen auch kultargesellschaftlich determiniert sind und in den meisten Kulturen mit unterschiedlichen Ausprägungsgraden patrilinearen Mustern folgen (vgl. z.B. Hofstede 2001, S. 120).

Gesellschaftlicher Wandel erfordert ebenso wie Migrationsprozesse oder besondere Familienformen immer wieder eine nuancierte Veränderung der Rollenvorstellungen, wodurch eine Anpassungsleistung im Rahmen inner- und interpsychischer Prozesse notwendig wird, die je nach individueller Möglichkeit eher ein Festhalten und Verstärken alter Verhaltensmuster oder eine Neuorientierung nach sich zieht.

Im Wesentlichen ist davon auszugehen, dass gerade diese Anpassungsleistungen einen potentiellen Gefährdungszustand für die Identitätsentwicklung beinhalten, da sie an geschlechtsspezifischen verinnerlichten Konfliktverarbeitungsmodellen rütteln. Auf der biologischen Grundlage weiblicher Sexualität verknüpfen sich Modi des Aufnehmens, Haltens und im Innern-Bewahrens mit kulturell vermittelten elterlichen Leitbildern zur weiblichen Rolle (Burchartz 2007, S. 70). Durch die Annahme eines mütterlichen Primärobjektes gelingt dem Mädchen eine leichtere Identifikation mit der

Mutter und führt zur Kohärenz zwischen innerer und äußerer Adaption autoplastischer Verarbeitungsweisen von Entwicklungskonflikten. Weibliche Entwicklungsrisiken bestehen daher dann, wenn Mädchen aufgrund familiärer Delegationen oder einseitiger Rollenvorbilder auf diese Verarbeitungsmodelle fixiert bleiben, wodurch besonders in der Adoleszenz eine Ablösung und Abgrenzung erschwert wird.

Für Jungen gilt wiederum ein Modi der männlichen, expansiven Sexualität, des Ein- und Durchdringens, wodurch kulturell assoziierte Rollenbilder mit dem expansiven, durchsetzungsfähigen und nach außen aggressiv gerichteten Pol des psychischen und interpersonellen Erlebens gerichtet sind (Burchartz 2007, S. 70). Die Aufgabe der männlichen Identitätsfindung besteht daher in der frühen Abgrenzung vom mütterlichen Primärobjekt, wodurch alloplastische und expandierende Verarbeitungsmuster der Entwicklungsaufgaben entstehen. Risikofaktoren ergeben sich für den Jungen dann, wenn sowohl in kulturellen Bildern als auch in Beziehungen der Konfliktpol seiner Anlehnungs- und Abhängigkeitsbedürftigkeit unterdrückt und verleugnet wird. Daraus ergeben sich in der Adoleszenz katastrophische Ängste vor symbiotischen Verschmelzungswünschen und dem Untergang einer noch fragilen autonomen Identität (Burchharz 2007, S. 70).

5.3. Geschlechtsspezifische Krankheitsrisiken

Jungen im Kindesalter haben ein deutlich erhöhtes Risiko Erkrankungen auszubilden, während sich in der Adoleszenz die Prävalenzen deutlich zu Ungunsten der Mädchen ändern (Hurrelmann 2003, S. 18). Im Folgenden sollen allgemeine Befunde zu geschlechtsspezifischen psychischen Krankheitsrisiken dargestellt werden, die sich in Ermangelung von Daten oft nur auf die autochthone Gruppe, hier also die deutschen Kinder und Jugendlichen beziehen. Diese Angaben sind jedoch insofern relevant, als dass sie im Hinblick auf die Befunde vorliegender Arbeit distinktiv verwandt werden können. Weiterhin möchte ich in Ermangelung von Daten aus dem Kinder- und Jugendbereich auch Literatur aus der Erwachsenenpsychiatrie zitieren, da an diesen Beispielen geschlechtsspezifische Tendenzen deutlich werden, die analog auch für Kinder und Jugendliche angenommen werden können.

Junge Frauen schätzen ihren subjektiven Gesundheitszustand mit Beginn der Adoleszenz schlechter ein als ihre männliche Vergleichsgruppe und berichten deutlich häufiger von psychosomatischen Beschwerden und einer Lebensunzufriedenheit (Jugend Shell Studie 2006, S. 87). Wie oben beschrieben ist davon auszugehen, dass es geschlechtsspezifische Verarbeitungsmuster von Belastungen und Konflikten gibt und Mädchen eher nach innen gerichtete Reaktionsformen wählen, die sich in rückzugsorientiertem Verhalten sowie in einer erhöhten Rate von Depressionen und Essstörungen ausdrücken. Jungen hingegen verarbeiten ihren wahrgenommenen Stress eher durch nach außen gerichtetes aggressives Verhalten (Jugend Shell Studie 2006, S. 37) und Drogenkonsum, so konsumieren Jungen deutlicher häufiger regelmäßig Alkohol (49%) im Vergleich zu der Gruppe der Mädchen (31%) (Jugend Shell Studie 2006, S. 91). Im internationalen Vergleich weisen deutsche Jugendliche allgemein sowohl beim Tabak- als auch Alkoholkonsum deutlich erhöhte Konsumwerte auf, während Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland deutlich seltener als ihre deutsche Vergleichsgruppe Alkohol trinken (Lampert/ Thamm 2007, S. 606). Dieses Phänomen kann als kulturell determiniert verstanden werden, da sich wie eingangs beschrieben ein Großteil der Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland aus türkisch-muslimischen oder arabisch-muslimischen Jugendlichen zusammensetzt, die qua religiöser Vorgaben einen distanzierten Umgang mit Alkohol haben (Klöcker/ Tworuschka 2005, S. 130).

5.3.1. Weibliche Erkrankungsrisiken

Die Jugend Shell Studie (2006) und auch die KIGGS-Studie 2007 kommen zu dem Fazit, dass Übergewicht ein zunehmendes Problem deutscher Jugendlicher ist, zumal damit langfristig ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung diverser somatischer Beschwerden einhergeht. Etwa 24% aller Kinder und Jugendlichen sind übergewichtig, wobei sich dabei Geschlechterprävalenzen nur in Abhängigkeit der körperlichen Entwicklung ergeben. Ergebnisse der KIGGS-Studie weisen aber darauf hin, dass bei Kindern mit Migrationshintergrund erhöhte Gefährdungswerte in allen Altersgruppen auftreten (Kurth/ Schaffrath/ Rosario 2007, S.739).

Auffällig sind jedoch die Geschlechtsunterschiede in Bezug auf die Wahrnehmung des eigenen Körpergewichtes. So empfinden sich etwa doppelt so viele Mädchen

(43%) wie Jungen (24%) als zu dick (Jugend Shell Studie 2006, S. 88). Diese Ergebnisse korrelieren mit dem tatsächlich erhöhten Risiko für junge Frauen und Mädchen, eine Essstörung auszuprägen. Weniger als 10% aller Kinder und Jugendlichen mit den Diagnosen Anorexie oder Bulimie sind männlich (Munz et al. 2007, S. 369). Fasst man alle Essstörungen zusammen (Anorexia, Bulimia, Binge-Eating, Adipositas), so erkrankten Mädchen (28,9%) hochsignifikant häufiger an einer Essstörung als Jungen (15,2%), für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund ergibt sich im Zusammenhang mit einer niedrigeren sozialen Schicht eine um 50% erhöhte Quote gegenüber Nicht-Migranten zur Ausprägung einer Essstörung (Hölling/ Schlack 2007, S. 795 und 797), wobei eine kulturabhängige Verteilung der unterschiedlichen Diagnosen zu vermuten ist. Anorexie scheint eher in „westlichen“ Kulturkreisen aufzutreten (Munz, et al. 2007, S. 370), während adipöse Störungsformen bei Kindern mit türkischem und arabischem Migrationshintergrund beklagt werden (Delekat 2008, S. 18 und RKI 2008, S. 79).

Für den Bereich der somatoformen Störungen, zu denen all jene Erkrankungen zählen, deren medizinische Ursache nicht eindeutig geklärt werden kann, gibt es aufgrund des Symptomspektrums keine vergleichbaren Daten. Die KIGGS-Studie konnte jedoch herausstellen, dass Mädchen in allen Altersgruppen signifikant häufiger über Schmerzen wie Bauch-, Kopf-, Hals- oder Rückenschmerzen berichten als gleichaltrige Jungs (Ellert/ Neuhauser et al. 2007, S. 713). Somatische Erkrankungen mit tatsächlich medizinisch erklärbarem Grund unterliegen hingegen keiner geschlechtsspezifischen Prävalenz (vgl. Kamtsiuris/ Atzpodien/ et al. 2007). Unter geschlechtsspezifischen Aspekten könnte daher dieser Befund mit sozialisatorisch geprägten Verarbeitungsmustern erklärt werden. Mädchen lernen sich anzupassen und weniger auf die eigene Bedürfnislage zu achten, was ätiologisch ein Erklärungsmuster somatoformer Störungen ist, Jungen lernen hingegen stark zu sein und ihre Gefühle und Empfindungen weniger mitzuteilen.

Internationale Studien weisen darauf hin, dass Mädchen mit signifikanter Häufung von Suizidversuchen sprechen und diese auch vornehmen, wobei das Risiko für Mädchen, an ihrem Suizidversuch zu sterben, deutlich niedriger liegt als bei Jungen (Schulte-Markwort 2007, S. 320). Für beide Geschlechter ist jedoch das Verhältnis zwischen Suizidversuch und Tod in keiner anderen Lebensphase so hoch wie in der Adoleszenz (Canetto 2004, S. 4). Canetto sieht die Erklärung der

geschlechtsspezifischen Prävalenzen in kulturellen Skriptmodellen. Der Suizid beinhaltet einerseits nach innen gerichtete selbstbestrafende Aspekte, andererseits aber auch nach außen gerichtetes aggressives Potenzial in der Verachtung aller sozialen und religiösen Regeln und Moralvorstellungen. Frauen wählen aufgrund ihrer sozialisatorischen Muster eher schleichende Suizidmethoden wie zum Beispiel die Anorexie, während Männer den Suizid gemäß ihrer sozialisatorisch aggressiven Rollenzuschreibung auch vollstrecken (müssen). Canetto fand heraus, dass Männer, die stark mit dem traditionell geprägten Männerbild identifiziert sind, häufiger an einem Suizidversuch sterben als Männer, die auch mit weiblichen Modellen identifiziert sind (Canetto 2004, S. 15). Ausgehend von der Hypothese, dass sich kulturelle Rollenbilder in der Migration verstärken, in diesen Migrantengruppen aber auch aufgrund kultureller und religiöser Vorstellungen stärker betont werden, würde hier ein deutliches Risiko hinsichtlich aggressiv gerichteter Verhaltensmuster liegen. In dieser Geschlechter-Dichotomie lassen sich meiner Meinung nach auch die Befunde zum selbstverletzenden Verhalten erklären: Mädchen wählen mit signifikanter Häufung aktive Formen selbstverletzenden Verhaltens (Resch 2007, S. 304), was zu ihren innerpsychischen Verarbeitungsmustern passt, während Jungen in allen Altersgruppen (17, 9% vs. 14% bei Mädchen) mit signifikanter Häufung verunglücken (Kahl/ Dortschy et al. 2007, S. 721), was zu Formen expressiver, nicht bewusst nach innen gerichteter Eigenaggression passt.

Abschließend sei noch auf den Bereich depressiver Erkrankungen hingewiesen, der eindeutig Frauendomäne zu sein scheint. In Deutschland leiden rund 5% der Männer an einer Depression, bei den Frauen sind es mehr als doppelt so viele (BDP (a) 4/2010, S. 195), für Frauen mit Migrationshintergrund wird eine hohe Komorbidität bzw. Korrelation von depressiven Erkrankungen und somatischen Beschwerden angenommen (vgl. Wimmer-Puchinger, et al. 2006, S. 885 und Schouler-Ocak 2007, S. 87). Obwohl in der Literatur eine analog geschlechtsspezifische Verteilung auch für den Kinder- und Jugendbereich angenommen wird (Schulte-Markwort 2007, S. 311), konnte die BELLA-Studie von 2007 für Deutschland keine eindeutig geschlechtsspezifische Verteilung in allen Altersgruppen nachweisen (Ravens-Sieberer et al. 2007, S. 875). Eindeutige Zusammenhänge ergaben sich in dieser Studie jedoch hinsichtlich der Korrelation zwischen niedriger sozioökonomischer Schicht und depressivem Erkrankungsrisiko. Dieser Zusammenhang lässt sich auch

für chronische Krankheiten und Allergien nachweisen (Jugend Shell Studie 2006, S. 88), bei denen ätiologische Gründe - auch im Bereich psychischer Vulnerabilität - diskutiert werden. Aufgrund der eingangs diskutierten Befunde zur Korrelation zwischen sozioökonomischer Unterschicht und Migrationshintergrund lassen sich hier bereits Hinweise für erhöhte Risikofaktoren in dieser Gruppe ableiten.

5.3.2. Männliche Erkrankungsrisiken

Für den Bereich der Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen stellte die KIGGS-Studie deutlich erhöhte Werte für Jungen fest. Etwa 17,6% der männlichen Stichprobe wiesen Verhaltensprobleme auf, während es bei den Mädchen nur 11,9% waren. Noch signifikanter ist der Zusammenhang zwischen Geschlecht und Hyperaktivität (Jungen 10,8% vs. Mädchen 4,8%). Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund waren deutlich häufiger von der Gruppe der sogenannten Verhaltensauffälligkeiten (Verhaltensprobleme, emotionale Probleme, Hyperaktivität) betroffen als Nicht-Migranten (Hölling/ Erhart/ Ravens-Sieberer/ Schlack 2007, S. 787). In der Forschungsliteratur zur Hyperaktivitätsstörung wird das Ursache-Wirkung-Prinzip sehr heterogen diskutiert, psychoanalytische Ansätze sehen einen engen Zusammenhang der Störung zur Bindungsunsicherheit und emotionalen Problemen (Hopf 2007, S. 331). Psychiatrisch-verhaltenstherapeutische Untersuchungen erklären die Symptomatik dagegen auf neurobiologisch-genetischer Grundlage, weisen aber auf erhebliche psychosoziale Belastungen durch das Störungsbild hin (Schlack/ Hölling/ Kurth/ Huss 2007, S. 829), wobei Migrantenfamilien seltener über diese Symptome klagen, die tatsächlichen Verdachtsfälle aber in einem antiproportionalen Verhältnis stehen (ebd. S. 833). Dennoch herrscht Einigkeit über die deutlich geschlechtsspezifische Prävalenz. Beginnend mit dem Vorschulalter wird bei Jungen in allen Altersgruppen deutlich häufiger diese Diagnose gestellt, ihr Risiko ist gegenüber Mädchen um ein 4-faches erhöht (Schlack et al. 2007, S. 830 oder Häßler/ Fegert 2004, S. 821). In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass die Symptomausprägung oder das Symptomverständnis kulturabhängig sein kann (vgl. Luk, E. et al 2002), wodurch der Befund der KIGGS-Studie erklärbar wird. Hier wurde herausgestellt, dass Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund deutlich seltener die ADHS-Diagnose

erhalten, was in einem klaren Missverhältnis zu der Häufigkeit der Verdachtsfälle in ihrer Gruppe steht (vgl. Schlack et al 2007, Tab. S. 831).

Bezogen auf die geschlechtsspezifische Verteilung kann aufgrund männlicher Konfliktverarbeitungsmuster überlegt werden, inwiefern die expansive Symptomrepräsentation nicht ähnliche Ursachen hat wie die rückzugsorientierten Verarbeitungsmuster der Mädchen, was sich bei ihnen eher in Form depressiver oder somatischer Beschwerden widerspiegelt. Die migrationsspezifische Besonderheit untermauert eigentlich die These einer emotionalen Ursachenlage, die möglicherweise kulturspezifisch anders ausgedrückt wird, da sich geschlechtsspezifisch-genetische Faktoren auch in Migrantengruppen in annähernd ähnlichen Proportionen abbilden müssten.

Hier gibt es jedoch deutliche Unterschiede: In der Gruppe der 7 bis 10-Jährigen liegt der Migrantenanteil mit ADHS-Diagnose bei 2,9% gegenüber Nicht-Migranten bei 5,7%. In der Gruppe der 14 bis 17-Jährigen ist die Differenz noch größer (2,4% vs 6,1%) (Schlack/ Hölling/ Kurth/ Huss 2007, Tab. S. 831). Ähnlich wie das Hyperaktivitätssyndrom gelten auch aggressiv-gewalttätige Symptome, zum Beispiel die Störung des Sozialverhaltens, als eindeutig männerspezifische Diagnosen. Ca. 19,6% der Jungen waren laut KIGGS-Studie Täter bei Gewaltdelikten, während Mädchen nur zu 9,9% in der Täterrolle waren (Schlack/ Hölling 2007, S. 821). Dabei wurde eine deutliche Korrelation zwischen sozioökonomischem Status und Gewaltbereitschaft gefunden, aber auch ein signifikanter Zusammenhang zum Migrationsstatus, der seinerseits mit sozioökonomischer Benachteiligung einhergeht. So waren in der Gruppe der 14 bis 17-Jährigen 20,1% der Migranten in der Täterposition, während es bei den Nicht-Migranten nur 13,8% waren, weiterhin war in der Kategorie der Täterrolle die Rate der Migranten um 70% erhöht (Schlack/ Hölling 2007, S. 822).

Vergleicht man diese Werte mit den ADHS-Diagnosen, so könnten zumindest kulturspezifische Verarbeitungsweisen emotionaler Spannungen angenommen werden, die möglicherweise mit kulturell determinierten Geschlechterrollen einhergehen. Traditionell orientierten männlichen Migrantengruppen liegt möglicherweise eine externalisierend-aggressive Verhaltensregulation näher als

Nicht-Migranten, die zwar expressive Verhaltensausdrücke wählen, diese aber einer tendenziell ausgeglichenen und „modernen“ Rollenkonzeption anpassen. Prävalenzschätzungen von Störungen des Sozialverhaltens liegen bei Jungen in der Regel um ein Vierfaches höher als bei Mädchen, wobei die Differenz im Kindesalter noch größer ist. Schmeck (2004) vermutet, dass frühe Anzeichen der Störung des Sozialverhaltens bei Mädchen nicht erkannt werden, weil die Diagnosekriterien eher jungenspezifisch sind. Ein weiterer Erklärungsansatz der Prävalenzunterschiede könnte auf die Geschlechterdifferenz hinsichtlich aggressiver Verhaltensweisen zurückzuführen sein, da sich Mädchen ab einem Alter von 15 Jahren hinsichtlich nichtaggressiver dissozialer Verhaltensweisen nicht mehr von ihrer männlichen Vergleichsgruppe unterscheiden (vgl. Schmeck 2004, S. 857). Jungen sind jedoch nicht nur öfter als Täter dissozialer Handlungen involviert, sondern werden auch häufiger als Mädchen Opfer von Gewalt, aber auch sonstiger traumatischer Einwirkungen. Dennoch wird die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) deutlich häufiger bei Mädchen als bei Jungen gestellt, was mit geschlechtsspezifischen Verarbeitungsmustern und Ausdrucksformen erklärt werden kann. So wird in der Literatur darauf hingewiesen, dass Mädchen längere und schwerere Symptomatiken einer PTBS ausprägen (Resch/ Brunner 2004, S. 519).

Für den Bereich der umschriebenen Entwicklungsstörungen gibt es auch ein deutliches Risiko für Jungen. Sowohl bei Sprachstörungen als auch bei den schulischen Entwicklungsstörungen (Ausnahme Dyskalkulie) sind Jungen etwa doppelt so häufig betroffen wie Mädchen (vgl. Fegert/ Buchmann 2004). Auch die KIGGS-Studie weist darauf hin, dass Mädchen im Alter zwischen 4-10 Jahren eine höhere motorische Leistungsfähigkeit zeigen als Jungen, ein weiterer Zusammenhang wurde zwischen sozioökonomischer Schicht, Migrationshintergrund und motorischer Leistungsfähigkeit beschrieben, der mit einer Mangelförderung erklärt wurde (Starker/ Lampert et al. 2007, S. 777).

5.4. Die geschlechtsspezifische Bedeutung von Krankheit und Gesundheit

Heute wird davon ausgegangen, dass weniger biologische Faktoren die epidemiologischen Unterschiede von Frauen- und Männergesundheit ausmachen, sondern dass vielmehr die Geschlechterrollen Einfluss auf Risikoverhalten oder

gesundheitsförderliches Verhalten haben. Die traditionell feminine Rolle stellt einen gewissen Schutz für die körperliche Gesundheit dar, da zum Beispiel Zigaretten- und Alkoholkonsum bei Frauen soziale Ächtung finden, während es für Männer geradezu zum obligatorischen Verhaltensrepertoire gehört bzw. gehörte (Sieverding 2007, S. 4). Außerdem geht das traditionelle Männerbild mit einem sozialen Rollenbild der Härte einher, wodurch eine Unterdrückung von Schmerzen und Empfindsamkeit gefordert ist. Somit wird verständlich, warum Frauen häufiger an psychischen Störungen und Depressionen leiden, die qua Rollenbild erlaubt sind, während Männer mehr psychische Störungen im antisozialen Bereich mit aggressiven und delinquenten Persönlichkeitsanteilen ausbilden (Hurrelmann 2003, S. 23).

Es ist bekannt, dass Frauen mehr über Stress berichten und in erhöhtem Maße von sozialer Benachteiligung betroffen sind als Männer, diese (Frauen) aber sowohl bessere sogenannte „Coping-Strategien“ besitzen als auch eher in der Lage sind, sich bei Unwohlsein oder schlechter Befindlichkeit Hilfe zu suchen (Hurrelmann 2003, S. 22). Die medizinisch feststellbare Krankheitsrate liegt bei Frauen deutlich unter der von Männern und es herrscht Konsens darüber, dass Frauen häufiger an nicht-lebensbedrohlichen Krankheiten leiden, während Männer von lebensbedrohlichen Krankheiten betroffen sind. Bei der Analyse der gesundheitlichen Entwicklungsgeschichte von Kindern und Jugendlichen wird deutlich, dass Jungen im ersten Lebensjahrzehnt gesundheitlich störanfälliger sind als Mädchen. Irritierbarkeit, Reizbarkeit, Unregelmäßigkeit im biologischen Rhythmus, Ablenkbarkeit und gestörte Emotionalität treten häufiger bei Jungen auf, sie sind von allen akuten und chronischen Krankheiten stärker betroffen. Fehlanpassungen an soziale Anforderungen, Unsicherheiten in der Geschlechtsidentität, Störungen im kognitiven und emotionalen Bereich sind bei Jungen zu Beginn deutlich häufiger als bei Mädchen. Erst im zweiten Lebensjahrzehnt ändert sich das Bild zu Ungunsten der Mädchen (Hurrelmann 2003, S. 18).

Mit dem Beginn der Pubertät im zweiten Lebensjahrzehnt kristallisiert sich vor allem bei Mädchen eine starke Sensibilisierung für die eigene Gesundheit heraus. Während zuvor die Eltern maßgeblich die Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung trugen, entwickeln junge Frauen mit Einsetzen der Menarche ein stärkeres Gesundheitskonzept, in dem Krankheit und Gesundheit enger beieinander

liegen (Flaake/ King 2003, S. 27). Viele Autoren sehen in den durch eine schmerzhaft Menstruation ausgelösten Befindlichkeitsstörungen ein erhöhtes Risiko für eine Identifikation mit und über psychosomatische Beschwerden sowie eine bei jungen Frauen einsetzende Unzufriedenheit mit dem Körper durch die Körperv Veränderungen in der Pubertät, die manipulativ zu beeinflussen versucht werden (vgl. z.B. Bründel/ Hurrelmann 1999). Andere Autoren sehen die dispositionäre Gefahr der weiblichen Pubertät in der Identifikation mit der gesellschaftlichen Frauenrolle und Mutterrolle, die für viele junge Mädchen im Kontrast zu ihren beruflichen Wünschen und Vorstellungen steht und starke Gefühle von Ohnmacht und Hilflosigkeit erzeugt (vgl. z.B. Verbrugge 1989/ Hurrelmann 2003, S. 21).

Sieverding (2007) konnte in einer Studie herausarbeiten, dass durch den gesellschaftlichen Norm-Werte-Wandel die Korrelation zwischen biologischem und sozialem Geschlecht nicht mehr obligatorischen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten hat, vielmehr sprechen die Autoren von maskulinen und femininen Gesundheitsstrategien, die sowohl vom individuellen Temperament und der sozialen Schicht determiniert sind als auch vom Einfluss der Interaktionspartner wie Peergroup sowie Ärzten und Praktizierenden des Gesundheitssystems abhängen (ebd. S.5). Für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund, wie sie in vorliegender Untersuchung auftreten und mehrfach spezifiziert wurden, muss jedoch tendenziell von einer sozioökonomischen Benachteiligung sowie von eher traditionell orientierten Rollenbildern ausgegangen werden, so dass hier im Vergleich zu eben zitierter Studie möglicherweise eine höhere Korrelation von biologischem und sozialem Geschlecht vorliegt, wodurch sich Unterschiede im Gesundheitsverhalten ergeben.

6. Tangente psychosoziale Entwicklung und Lebensalter

Aus den vorherigen Kapiteln ist deutlich geworden, dass sich kulturelle Unterschiede in der Dimension der Geschlechtszugehörigkeit brechen und in einem komplizierten Wechselspiel ätiologische, pathogenetische, aber auch interaktionelle Fragestellungen in der Behandlung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher tangieren. Ebenso gehe ich davon aus, dass sich die kulturelle und geschlechtsspezifische Dimension auch hinsichtlich einer altersspezifischen Entwicklungslinie bezogen auf die Fragestellungen analysieren lässt und in Wechselbeziehung steht. So ist anzunehmen, dass die erforderlichen Entwicklungsschritte jeder Lebensphase, die am Konstrukt Lebensalter festgemacht werden, nicht nur hinsichtlich der individuellen Reife eines Kindes oder Jugendlichen variieren, sondern dies auch hinsichtlich kultureller Vorstellungen und Orientierungen denkbar ist.

Der relativ moderne Forschungsbereich der Entwicklungspsychopathologie beschäftigt sich mit den wechselseitigen Einflüssen von psychopathologischen Symptomen und Entwicklungsverläufen. Es wird davon ausgegangen, dass Kinder in unterschiedlichen Lebensphasen verschiedenartige Möglichkeiten haben, auf seelische Irritationen zu reagieren, wobei das Reaktionsmuster und eine mögliche Symptomausprägung wiederum Einfluss auf die weitere Entwicklungsgeschichte haben. Die Entstehung späterer psychischer Störungen im Erwachsenenalter zeigten bereits unspezifische Vorstufen oder Prodrome im Kindesalter, was unter Früherkennungs- und präventiven Gesichtspunkten sehr wichtig ist. Sowohl kulturelle als auch innerfamiliäre Einflüsse und Beziehungsmuster haben entwicklungsbestimmenden Charakter, wobei davon ausgegangen wird, dass sich Kinder mit ihrer individuellen psychischen Ausstattung aktiv in diesen Prozess einbringen. Eine wesentliche Vorstellung für die Entstehung psychischer Störungen ist dabei das Vulnerabilitätsmodell: „Diesem Modell liegt die Vorstellung zu Grunde, dass bestimmte Konstellationen biographischer, genetischer, sozialer und umweltbedingter Faktoren das Risiko erhöhen, bei einem adäquaten Stressor eine spezifische, psychische Krankheit zu entwickeln“ (Lehmkuhl/ Fricke/ Lehmkuhl 2007, S. 39).

Vulnerabilität wird dabei als sehr individueller, dynamischer Prozess verstanden, während ein Anlagefaktor wie zum Beispiel eine genetische Beeinträchtigung über den Entwicklungsverlauf statisch bleibt und in allen Entwicklungsstufen hemmend wirkt. Der vulnerablen Disposition wird die Resilienz gegenübergestellt, wobei davon ausgegangen wird, dass Kinder auch unter traumatischsten Einflüssen relativ unbeschadet eine normale Entwicklung nehmen können (Resch/ Fegert 2004, S. 101/102).

Es kann also festgehalten werden, dass sich jede psychische Störung als Problematik der Anpassung des Individuums an die Umwelt zeigt und das Missverhältnis zwischen individuellen Bewältigungsmöglichkeiten und situativen Anforderungen beschreibt. Für Kinder und Jugendliche ergeben sich daraus spezifische Risiken, da sie neben externen Anforderungen auch immer interne Entwicklungsaufgaben auf der Grundlage ihrer psychischen Ausstattung zu bewältigen haben und damit dauerhaften Veränderungen ausgesetzt sind. Im Folgenden sollen die spezifischen Entwicklungsaufgaben mit ihren Anforderungen und spezifischen Entwicklungsrisiken der unterschiedlichen Altersstufen herausgearbeitet werden.

6.1. Frühe Kindheit (0-5 Jahre)

Für die ersten Lebensjahre sind vor allem zwei Aspekte obsolet für eine psychisch gesunde Entwicklung. Zum einen der Aufbau von Urvertrauen im Rahmen einer sicheren Bindung und zum anderen das Erlernen regulatorischer Fähigkeiten zwischen Affekt und Kognition.

Bindung

Neben körperlicher Unversehrtheit und mindestens durchschnittlich intellektuellen Fähigkeiten gilt für die ersten beiden Lebensjahre eine feinfühlig, kontinuierliche Bezugsperson als wichtigster psychischer Schutzfaktor. Durch diese kann eine sichere Bindung aufgebaut werden und die im psychoanalytischen Verständnis grundlegende Entwicklungsaufgabe des Aufbaus eines Urvertrauens bewältigt werden.

Längsschnittuntersuchungen der Bindungsforschung kommen zu dem Schluss, dass wichtige Lebensereignisse wie Scheidung, Umzug, Krankheit oder Tod eines Elternteils einen risikoreichen Einfluss auf eine bereits vorhandene sichere Bindungsqualität haben können (Brisch 2009, S. 73). Ähnlich wie ein früher Eintritt in die Krippe kann auch das Aufwachsen in Familien mit vielen Kindern die Erfahrung einer individuellen primären und stabilen Bezugsperson erschweren und Auswirkungen auf die Bindungsqualität zeigen, dennoch darf dieser Fakt laut Fegert/ Huss et al. (2004) nicht überbewertet werden (ebd. S. 57). Kritisch kann sich jedoch das Aufwachsen in psychosozial belasteten Familien auswirken, da sich Faktoren wie Armut, Kriminalität, Gewalt und Misshandlung, psychische Erkrankungen der Eltern oder ständige Disharmonien in der Familie negativ auf die elterlichen Bindungskonzepte und -fähigkeiten auswirken. Ausgehend von den oben beschriebenen Risiken vieler Migrationsbiographien - sozioökonomische Benachteiligung, möglicherweise traumatische Erfahrungen im Herkunftsland sowie psychischer Dispositionen der Eltern - ist für das frühe Lebensalter eines Kindes in einer „Migrantenfamilie“ mit erhöhten Herausforderungen an die Bindungsqualität zu rechnen, so dass eigenkulturelle Bewältigungs- und Umgangsformen mit dem Kind notwendig werden, auch wenn diese nicht die „Anpassung“ an die Aufnahmekultur fördern (Abels/ Eickhorst 2011, S. 212). So muss bedacht werden, dass jede Kultur im Säuglingsalter eine optimale Anpassung an die Umweltbedingungen fördert, so dass eine eigenkulturelle Förderung nicht automatisch eine optimale Passung mit der fremdkulturellen Umwelt ergeben muss.⁴ In der Forschungsliteratur (vgl. z. B. Israel 2007, S. 21) wird immer wieder darauf hingewiesen, dass gerade in den ersten Lebensjahren ein hochsensibles Zusammenspiel von biologischen Faktoren und psychischen Regulationsmechanismen die Entwicklung eines Kindes fördern oder hemmen können. Zu keinem anderen Lebenszeitpunkt hat die psychische Gesundheit derart wirkungsvollen Einfluss auf die körperliche Entwicklung, pathologische Verläufe können zu gravierenden Entwicklungsstörungen führen, Gedeihstörungen sogar zu emotionaler und geistiger Retardierung (vgl. Cierpka/ Windaus 2007, Israel 2007). Dennoch ist nicht jede Entwicklungsstörung eine Fehlentwicklung oder ein Fehlverhalten, sondern muss in erster Linie als

⁴ z.B. wurde in einer in Montada/ Oerter 2008 (S. 104) zitierten Studie von Brazelton et al. (1969) überlegt, ob das Vorwegnehmen der kindlichen Bedürfnisse durch die Mutter bei den Zinacanteco-Indianern in Mexiko dazu dient, dass das Kind in seiner kargen Umgebung die Emotionen der Bedürfnisse gar nicht erst kennenlernt.

Anpassungsversuch des Kindes auf seine unangemessenen Umweltbedingungen verstanden werden (Haug-Schnabel/ Bensel 2010, S. 20). Gerade im Kontext von Migration gibt es oft keine kohärenten Modelle von angemessener Entwicklung und kontextuellen Erwartungen. So können die Vorstellungen über entwicklungsangemessene Verhaltensweisen auch kulturell variieren, wie am Beispiel der unterschiedlichen Erziehungsweisen der Eltern aus kollektivistischen und individualistischen Kulturen deutlich wird:

So wird in kollektivistischen Kulturen wohl eher die Bindung als die Unabhängigkeit betont, womit Wertvorstellungen von Respekt und Gehorsam einhergehen, im Gegenteil zu individualistischen Kulturen, wo Unabhängigkeit und Durchsetzungsvermögen gefördert und erwartet wird. In einer kulturvergleichenden Studie in den 1980er Jahren konnte am mütterlichen Interaktionsverhalten nachgewiesen werden, dass japanische Mütter (kollektivistische Kultur) ihr Interaktionsverhalten so ausrichten, dass die Mutter-Kind-Beziehung gestärkt und konsolidiert wird, während amerikanische Mütter (individualistische Kultur) durch ihr Interaktionsverhalten verbale und körperliche Unabhängigkeit bei ihren Kindern förderten (z. B. Benu 1986, in Montada/ Oerter 2008, S. 105). Solange Erziehung und Entwicklung also einem der beiden Muster in einer relativ homogenen Kultur folgen, ist dies funktional, wenn aber unterschiedliche kulturelle Orientierungen aufeinandertreffen, wie es für den Großteil der Kinder aus vorliegender Untersuchung der Fall ist, kann das zu Missverständnissen, aber auch Konflikten führen.

Affektregulation und Mentalisierungsbeginn

Wie oben bereits beschrieben beeinflussen kulturelle Vorstellungen den Aufbau des Emotionssystems, das gerade in der frühen Kindheit angelegt wird. Über die Interaktion mit anderen Menschen lernt das Kind in einem ständigen Abgleich zwischen seiner Aktion und der Reaktion eines Gegenübers sein Emotionssystem anzupassen. Obwohl in den letzten Jahren eher der Schwerpunkt auf den kognitiven Aspekten der Entwicklung lag, hat sich zunehmend gezeigt, dass gerade die Gefühle eine eminente Bedeutung für die Entwicklung der kindlichen Innenwelt haben, da sich die angeborenen Affekte über Emotionen darstellen lassen und damit der inneren Bewertung von psychischen Ereignissen dienen (Resch/ Fegert 2004, S. 103). Das heißt beispielsweise, dass die Art und Weise, wie der Affekt Aggression,

der für die Bewältigung der ersten autonomen Entwicklungsschritte maßgeblich ist, sich in Emotionen ausdrücken lässt und so, wie er bei anderen Interaktionspartnern verstanden wird, Teil der in der frühen Kindheit geprägten „Theory of mind“ (vgl. ebd. S. 103) und somit vermutlich kulturell determiniert ist.

Für den Aufbau des psychischen Erlebens sei an dieser Stelle auf vermutbare Schwierigkeiten bei Kindern mit einseitigem Migrationshintergrund hingewiesen, sofern sich das Elternpaar, wie für vorliegende Untersuchung tendenziell angenommen werden kann, aus einem kollektivistischen und individualistischen Kulturkreis zusammensetzt: Es ist zu vermuten, dass es für Kinder in dieser Phase schwierig ist, innerfamiliär unterschiedliche Reaktions-Interaktionsmuster in ein kohärentes Selbstbild von Kognition und Emotion zu integrieren, was für die Erwachsenen qua kognitiver Reife und Reflexionsfähigkeit weniger problematisch ist. Ein Kind im Stadium des voroperatorischen Denkens wird aufgrund seines egozentrischen Weltbildes weniger Konflikte auf der kulturellen Ebene durch unterschiedliche Wert-Norm-Systeme zwischen familiärem Umfeld und Gesellschaft entwickeln, die Affekt-Emotionsinkohärenz im innerfamiliären Bereich stellt allerdings eine mögliche Irritation dar, da der kognitive Entwicklungsstand keine Perspektivübernahme ermöglicht. Es ist daher davon auszugehen, dass Kinder aus Familien mit diesem spezifischen einseitigen Migrationshintergrund höheren Risiken ausgesetzt sind als Kinder aus kulturell homogenen Familien (das Merkmal kollektivistisch/ individualistisch betreffend).

Bisher unerwähnt, aber von enormer Wichtigkeit für die ersten Lebensjahre, ist der Spracherwerb. Durch den Erwerb eines komplexen Kommunikationssystems kann sich das Kind mitteilen und wichtige Autonomieschritte gehen, Sprache fungiert in psychoanalytischen Theorien auch als triangulierendes und abgrenzendes Objekt in der mütterlichen Symbiose (vgl. z.B. Heinemann/ Hopf 2004, S. 284), Sprache dient aber auch dem Aufbau von sozialen Beziehungen und der subjektiven Lebensäußerung. Neueste Forschungen gehen aber davon aus, dass neben dem theoretischen Spracherwerb in der frühen Mutter-Kind-Interaktion über das Sprachsystem auch Mentalisierungsfähigkeiten angelegt werden (vgl. Köhler 2004). Die affektregulierende Funktion der sprachlichen Zuwendung füllt Worte mit Emotionalität, die kulturell differieren kann (vgl. z.B. Schröder 2010 auf http://tschroeder.eu/weblog/?page_id=2), so dass über dieses sensible System

Denk- und (Ge-)Fühlvorgänge implizit vermittelt werden. Es ist davon auszugehen, dass Eltern, die nicht in ihrer Muttersprache mit ihren Säuglingen und Kleinkindern sprechen, inkohärente Wort-Emotionssysteme vermitteln, die beim Kind wiederum Lücken und Uneindeutigkeiten für den Aufbau einer Mentalisierungsfähigkeit hinterlassen. Diese Überlegung ist sowohl für Elternpaare mit unterschiedlichen Muttersprachen, aber auch für andere Migrantengruppen wichtig, zumal von gesellschaftspolitischer Seite auf den Spracherwerb der Hauptkultur gedrungen wird.

6.2. Kindheit (6-12 Jahre)

Während es in der vorigen Lebensphase um den Aufbau von Bindungen ging, treten in dieser Phase weitere grundlegende Entwicklungsaufgaben hinzu: Der Umgang mit einer längeren Trennung von wichtigen Bezugspersonen, der Aufbau von Beziehung zu Gleichaltrigen und Orientierung in einer sozialen Gruppe sowie die Identifikation mit einem Leistungsgedanken. Diese Entwicklungsschritte sind eng mit dem obligatorischen Eintritt in die Schule verbunden.

Trennung

Die meisten Kinder bewältigen schon in der vorigen Lebensphase Trennungen durch einen Kindergartenbesuch, gerade für Kinder mit Migrationshintergrund trifft dies jedoch oft nicht zu. So haben nur ca. 20-30% der Berliner Kinder unter 6 Jahren, die eine Kindertagesstätte besuchen, einen Migrationshintergrund (Bertelsmann-Stiftung 2008, S. 4), während ihr Anteil in der Berliner Bevölkerung über 40% liegt (Rockmann 2011, S. 8), von den deutschen Kindern besuchen hingegen fast 100% eine Kindertagesstätte vor dem Schuleintritt (ebd., S. 1). Der Schuleintritt bedeutet somit für Kinder mit Migrationshintergrund, die keine Kindertagesstätte besuchten, eine doppelte wenn nicht gar mehrfache Herausforderung, zum einen die Trennung von Bezugspersonen, zum anderen die Eingliederung in ein teilweise kulturfremdes Schulsystem mit erhöhten Anforderungen an Sprache und Leistung sowie den Aufbau sozialer Kontakte (Freundschaften).

Für die Entwicklungsaufgabe der Trennung und für den Aufbau einer Geschlechtsidentität (beider Geschlechter) hat der Vater zumindest in den psychoanalytischen Entwicklungstheorien maßgeblichen Einfluss infolge seiner triangulierenden Funktion (z.B. Le Camus 2003, S. 100ff). Bezogen auf Kinder aus

Migrantenfamilien, vermutlich vor allem Jungen, ist die Abwesenheit des Vaters infolge einer elterlichen Trennung sowie Krankheit oder Tod als stark entwicklungshemmendes Risiko einzustufen, da die Mutter möglicherweise nicht nur aus beziehungs-dynamischen Gründen die Symbiose zum Kind nicht auflöst, sondern diese noch durch kulturelle Vorstellungen oder eine kulturbedingte Hilflosigkeit und Einsamkeit der Mutter beibehalten wird. Diese Überlegungen werden zum Beispiel dadurch erhärtet, dass sowohl in kollektivistischen Kulturen als auch in einer religiös – islamischen Vorstellung und Tradition dem ältesten Sohn die Präferenz gilt, indem er für die Versorgung und den Fortbestand der Familie und deren Tradition zuständig ist (Hofstede 2001, S. 78 und 80).

Dennoch muss angemerkt werden, dass für alle Kinder aus unintakten Familien (Trennung, Tod, Krankheit von Elternteilen) erhöhte Risiken für diese altersrelevante Trennungsbewältigung entstehen können. Das riskanteste Ereignis ist wohl der Verlust eines Elternteils durch Tod:

Obwohl der Tod eines Elternteils in jeder Lebensphase eines Kindes zu den einschneidendsten und traumatisierendsten Erfahrungen zählt, zeigen Studien, dass dieses Ereignis bei Mädchen zwischen 6-9 Jahren und Jungen zeitlich etwas verzögert zur stärksten Symptombildung in allen Altersgruppen führt (Schneewind/ Weiß 1998, S. 1039). Kinder mit diesen Erfahrungen haben massive Schwierigkeiten in ihrer Entwicklung und zeigen - anders als Scheidungskinder, die eher aggressive Verhaltensweisen ausprägen - gehäuft ängstliche, depressive und zurückgezogene Ausdrucksformen.

Leistungsgedanke

Während der Latenz ist auch die Konkurrenz um Leistung und Führung (Boesmann 2005, S. 66) ein wichtiger Entwicklungsbaustein, der im Verhaltensrepertoire „femininer Kulturen“ wie z.B. der Türkei weniger gefördert wird.

In den vorigen Kapiteln wurde bereits beschrieben, wie stark sich Kulturen hinsichtlich des Leistungsgedankens unterscheiden können, während es in femininen Kulturen verpönt ist, sein Können zu propagieren, wird dieses in maskulin orientierten Kulturen geradezu erwartet. Für die in vorliegender Untersuchung quantitativ relevante „Migrantengruppe“ kann im Aufeinandertreffen mit der für Deutschland angenommenen maskulinen Orientierung gerade von diesem Kontrast ausgegangen werden.

Einen ähnlichen Aspekt beschrieb bereits die ältere, aber immer noch prominente „Six-Culture-Study“ von Whiting/ Whiting von 1975. Sie konnte herausarbeiten, dass sich kategorisierbare Verhaltensweisen von Kindern kulturell unterscheiden: So zeigten Kinder aus Kulturen mit geringer sozioökonomischer Struktur ein höheres Maß an umsorgendem Verhalten sowie deutlich weniger Egozentrismus als in Kulturen mit hoher technischer Komplexität (vgl. Montada/ Oerter 2008, S. 110). Ausgehend von diesen Befunden ist es für Kinder aus weniger egozentristischen Kulturen vermutlich schwieriger, einige der für unseren Kulturkreis relevanten Entwicklungsaufgaben angemessen zu bewältigen.

Weiterhin muss davon ausgegangen werden, dass sich Kinder mit den in Deutschland vorfindbaren Migrationshintergründen und -bedingungen im sozialen und leistungsorientierten Konkurrenzkampf nur unzureichend mit der deutschen Bezugsgruppe messen können, da sie aufgrund ihrer Sprach- und Bildungsdefizite schlechter abschneiden, was wiederum erhebliche Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl hat.

Peer-Group

Der Aufbau von Freundschaften impliziert auch immer eine Orientierung in der Gruppe wie der Eintritt in die Schule. Diese Interaktion mit der Gruppe dient nicht nur der Festigung einer Geschlechtsidentität, sondern auch dem Aufbau einer kulturellen Identität als Teil der sozialen Identität, in der Kinder die sie umgebende Kultur in sich aufnehmen (vgl. Erickson 2002).

Das Erlernen von Kulturtechniken, Wissen und Regeln sowie die Bestätigung, damit etwas bewirken zu können, ist der wichtigste Baustein, um ein gesundes Selbstbewusstsein aufzubauen. Kommunikation dient dabei als Informationsträger im Dienste des kindlichen Erkundungsverhaltens und Wissensaufbaus, aber auch als wichtigstes Bindeglied, um mit anderen Menschen - vor allem Gleichaltrigen - in Kontakt zu kommen und außerfamiliäre Beziehungen herzustellen, aufzunehmen und zu gestalten. Nicht selten werden Kinder aufgrund ihrer Sprachdefizite aus alterstypischen Handlungen ausgeschlossen (Haug-Schnabel/ Bensel 2010, S. 147), so dass gerade für Kinder mit Migrationshintergrund, die zu wenig die Sprache der

Hauptkultur beherrschen, erhebliche selbstwertschädigende Probleme entstehen können, die jenseits schulischer Leistungsanforderungen liegen.

Die entwicklungsbedingte unumstößliche Orientierung an vorgegeben Regeln wird nicht nur im familiären Rahmen implementiert, sondern vor allem in der sozialen Gruppe.

Meiner Überlegung nach haben möglicherweise Kinder aus Familien mit kulturell kollektivistischer Orientierung hier sogar deutliche Vorteile gegenüber der individualistisch orientierten Gruppe. Sie sind es nämlich qua familiärer Sozialisation gewohnt, sich in der Gruppe zu orientieren und sich an Regeln der Gemeinschaft zu halten, was für Kinder aus individualistischen Kulturen möglicherweise schwieriger ist.

Dennoch muss auch bedacht werden, dass aus einem Kontrast innerfamiliärer Norm-Wert-Orientierung und gesellschaftlicher Normierung Konflikte entstehen können, zumal Kinder in diesem Alter noch nicht abstraktionsfähig sind und damit die vorgegebenen Regeln nicht überdenken und reflektieren können. Der Wunsch, ein gutes Kind zu sein (vgl. Kohlberg 1974, in: Langfeldt/ Nothdurft 2007, S. 88), bedeutet bei unterschiedlichen kulturellen Orientierungen, sowohl den Vorstellungen der Familie als auch der Gesellschaft, in der Kinder dieses Alters stark über das Bildungssystem integriert sind, zu entsprechen. Das führt aber zu einer dauerhaft innerpsychischen Konfliktspanne, die Dispositionswert haben kann. Nicht umsonst entstehen in dieser Lebensphase bei vielen Kindern, die eine Störung ausprägen, klassisch neurotische Krankheiten, die ätiologisch als Konflikterleben im Sinne von Loyalitätskonfusionen erklärt werden können. Beispiele sind u.a. Verhaltensstörungen im übergeordneten Sinne wie Enuresis, Enkopresis, hyperkinetische Störungen und unspezifisch emotionale Störungen, aber auch bezogen auf den Schulbereich treten Leistungsversagen, Konzentrationsstörungen und Schulangst auf.

6.3. Frühe Adoleszenz (13-17 Jahre)

Die biologische Reife wird in aller Regel mit dem Eintritt in die Adoleszenz terminiert, diese beginnt bei Mädchen zunehmend früher, etwa im Alter von 11 Jahren, so dass ein fließender Übergang zwischen den Entwicklungsphasen besteht. Aus

kulturanthropologischer Sicht ist mit dem Eintritt in die Pubertät die soziale und biologische Reife erreicht, die für die Lebensbewältigung notwendig ist.

Die zentralen Aspekte dieser Entwicklungsphase sind zum einen die Herausbildung einer eigenen Identität sowie die zunehmende Ablösung von den Eltern.

Identitätsentwicklung

Die Herausbildung einer Identität umfasst die Aufgabe, Persönlichkeitsmerkmale, biologische Prozesse, soziale Maxime und kulturelle Vorgaben in ein kohärentes Selbstbild zu integrieren. Welche unterschiedlichen Anforderungen dabei im kulturellen Kontext an Jugendliche gestellt werden, verdeutlicht folgendes Beispiel:

Für Jugendliche in statischen Kulturen erwächst Identität aus der Zugehörigkeit, den Sitten und Handlungsformen ihres Volkes, während die Identitätssuche vor allem in komplexen, sich rasch wandelnden Gesellschaften zum Problem werden kann (vgl. Montada/ Oerter 2008, S. 275). Bezogen auf kollektivistische und individualistische Kulturen beinhaltet die Identitätssuche bzw. -bildung ebenfalls sehr unterschiedliche Aspekte. In individualistischen Kulturen ist die Identität wahrscheinlich nahezu untrennbar mit Individualität verknüpft, die Herausbildung eines individuellen Persönlichkeits- und Lebenskonzeptes begründet sich nicht zuletzt in einer individuellen Meinungsbildung und Berufswahl (vgl. Hofstede 2001, S. 77ff). In kollektivistischen Kulturen rekrutiert sich vermutlich Identität eher aus der Fortsetzung familiären Gedankengutes und einer beruflichen Familientradition sowie einer Wirksamkeit für die Gruppe und Streben nach Leistung für das Aufrechterhalten und Erweitern der Familienehre (vgl. Hofstede ebd. S. 80).

Im Aufeinandertreffen unterschiedlicher kultureller Orientierungen, wie es tendenziell für den Großteil der Jugendlichen mit Migrationshintergrund in vorliegender Untersuchung angenommen werden kann, ergeben sich demnach sehr komplexe und teilweise unkompatible Rollenanforderungen. Erickson sieht darin ein hohes Risiko für eine Identitätsdiffusion, die er als Misslingen der eigenen Verortung in der realen Welt versteht (vgl. in Langfeldt/ Nothdurft 2007, S. 92). Die Flucht in Sucht, Aggression oder gar Suizid kann Folge unbewältigbarer Anforderungen sein, denen Jugendliche oft ziemlich alleine gegenüberstehen. Besonders risikoreich gestalten sich dabei Dispositionen auf früheren Reifungsniveaus, beispielsweise schwierige Temperamentsausprägungen, Mangel an psychischer Affektintegrität sowie keine angemessenen Fähigkeiten, um soziale Kontakte aufzubauen.

Dennoch muss bedacht werden, dass sich diese vulnerablen Konstellationen nicht nur für Jugendliche mit Migrationshintergrund ergeben, sondern generelle Risiken im Zuge der Identitätsbildung im Adoleszentenalter sind. Seiffge-Krenke (2007) weist darauf hin, dass internationale epidemiologische Studien zeigen, dass die Verhaltensauffälligkeiten sowie schwere psychische Störungen mit erheblichen Auswirkungen bis ins Erwachsenenalter in den letzten Jahren deutlich zugenommen haben (ebd. S. 78). Der Anstieg depressiver Erkrankungen sowie Kriminalität und Drogenmissbrauch weisen ihrerseits eine hohe Komorbidität mit zunehmend strukturellen Störungen auf, deren ätiologische Ursache in frühen Störungen der Objektbeziehungen gesehen wird. Dafür bieten biogenetische und psychoanalytische Theorien durchaus Erklärungsansätze, indem davon ausgegangen wird, dass reifungsbedingte Änderungen mit psychischen Krisen korrespondieren und der Übergang in die Adoleszenz die zweite Trotzphase ausdrückt (vgl. z.B. Kroh in Montada/ Oerter 2008, S. 275). Auch nach S. Freuds Auffassung wird durch die Adoleszenz die frühe Kindheit rekapituliert (vgl. in Seiffge-Krenke 2007, S. 22). Viele Autoren weisen darauf hin, dass die Unklarheit über die eigene Position im gesellschaftlichen Gefüge Jugendliche in zusätzlicher Art und Weise irritiert, die Tatsache, weder Kind noch Erwachsener zu sein, wird durch die technisierten komplexen Gesellschaften deutlich erschwert.

Ablösung von den Eltern und Autonomieentwicklung

Das für technologisierte Gesellschaften typische ausbildungsbedingte Moratorium stellt eine lange ökonomische Abhängigkeit von den Eltern dar, gegenüber denen es gerade in dieser Entwicklungsphase gilt, sich abzugrenzen. Die erforderliche Entidealisierung der Eltern bedeutet einerseits die Abgrenzung von ihrem Wert-Normsystem und gleichzeitig den Aufbau eines neuen, wobei die Gruppe große Unterstützung leisten und Zugehörigkeitsbedürfnissen gerecht werden kann, andererseits kommt durch die Abgrenzung zu den Eltern auch ein Trauerprozess in Gang, da die primären Liebesobjekte aufgegeben werden müssen und eine libidinöse Anbindung an Gleichaltrige erfolgt (vgl. A. Freud in Seiffge-Krenke 2007, S. 23). Lampl-de-Groot (1965) weist darauf hin, dass Jugendliche den Trauerprozess oft in Form nach innen gekehrter Aggressionen verarbeiten (vgl. in Seiffge-Krenke 2007, S. 24), wodurch Erklärungshinweise für depressive, aber auch

selbstdestruktive Störungsformen entstehen. Oft stellt automutilatives Verhalten die einzige Form der Affektregulierung dar und schützt das fragile Selbst vor Fragmentierungsängsten und Depersonalisation, was in der Literatur als Psychoseprophylaxe verstanden wird. Oft stellen selbstdestruktive Symptome auch das einzige Mittel der Kommunikation dar, da es aufgrund der interaktiven Wirkung Appellcharakter hat (Resch 2007, S. 307).

Wenn die Beziehung zu den Eltern nicht aufgegeben werden kann, wird das in aller Regel pathologische Auswirkungen auf den Entwicklungsverlauf haben, die psychoanalytisch geprägte Objektbeziehungstheorie sieht beispielsweise im Fehlen eines Vaters eine große Gefahr für die Ausbildung von Psychosen oder Psychosomatosen (vgl. Seiffge-Krenke 2007, S. 40). Rollenumkehr und Parentifizierung sind in den hier immer wieder spezifizierten Migrantenfamilien keine Seltenheit, da Eltern oft auf die Hilfe der Kinder hinsichtlich ihrer Sprach- und Sachkompetenz angewiesen sind, so dass eine Ablösung durchaus konflikthafter oder unmöglicher verlaufen kann als in deutschen Familien. Zudem bindet die meist höhere familiäre Kohäsion in diesen Gruppen die Kinder stärker an die Eltern, was mit den Anforderungen an Individualität und Abgrenzung in der individualistisch geprägten Hauptkultur nicht adaptierbar ist.

Das Störungsspektrum der Adoleszenz

Bei Störungsbildern der Adoleszenz sind Krankheitsphänomene und Entwicklungsaufgaben untrennbar miteinander verbunden. Störungsbilder der Adoleszenz wie Essstörungen, Automutilation, Strukturelle Ich-Störungen etc. finden ihren Ursprung in frühen Störungen der Objektbeziehungen, Depressive Symptome, suizidales Verhalten, Psychosomatosen, aber auch ADHS-Symptome werden oft auf Verlusterfahrungen und Unvermögen der Affektregulation zurückgeführt, antisoziales und delinquentes Verhalten sowie Posttraumatische Belastungsstörungen finden oft ihr psychisches Korrelat in traumatischen Gewalterfahrungen, die unterschiedlich bewältigt werden. Bei antisozialem Verhalten wurde festgestellt, dass elterliche Gewalt ein Modell für weitergeführtes Gewaltverhalten sein kann (Seiffge-Krenke 2007, S. 164). Hier sei angemerkt, dass Kinder und Jugendliche aus Migrantenfamilien oft strengen, teilweise gewaltvollen Erziehungsmethoden ausgesetzt sind (Usculan 2009, S. 279), deren Ursache aber durchaus auch in den

Unvereinbarkeiten und Überforderungen in der Migration gesehen werden kann (vgl. z.B. Deniz 2004, S.8).

Neben den pathologischen Entwicklungen in dieser Altersphase muss jedoch angemerkt werden, dass es bei Jugendlichen zu einer Reihe „normaler“ Verhaltensauffälligkeiten kommt, die von der sozialen Norm abweichen können, deshalb aber noch lange nicht pathologisch einzustufen sind. In aller Regel bewältigen Jugendliche den Schritt in die Adoleszenz und den Übergang ins Erwachsenenalter ohne psychiatrische Auffälligkeiten, so dass an dieser Stelle wenigstens darauf hingewiesen werden sollte, dass der Einschätzungsgrad zwischen Pathologie und Normalität vermutlich in keinem Lebensalter schmaler ist und ein hohes Risiko für Fehlinterpretationen entsteht. Dieser Aspekt potenziert sich drastisch, wenn kulturelle Missverständnisse und Fehlinterpretationen hinzutreten.

6.4. Späte Adoleszenz/ Junges Erwachsenenalter (ab 18 Jahre)

In vorliegender Untersuchung ist die Gruppe der jungen Erwachsenen sehr gering vertreten, so dass ich nur sehr kurz einige Aspekte dieser Entwicklungsphase zusammenstelle. Dennoch halte ich einige Überlegungen zu dieser Lebensphase - besonders unter kulturellen Aspekten - für relevant, zumal Adoleszente zumindest perspektivisch diese Entwicklungsaufgaben antizipieren und einige Aspekte unter kultureller Variation bereits das frühere Adoleszentenalter tangieren.

Dem frühen Erwachsenenalter oder der Spätadoleszenz wurde bisher wenig Forschungsarbeit gewidmet. In keiner anderen Lebensphase beeinflusst die Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen, kulturellen und individuellen Rollenbildern so maßgeblich den weiteren Lebensweg und damit das Selbsterleben. Familiengründung, Berufswahl und gesellschaftliche Verortung sind nur einige der damit zusammenhängenden Entscheidungen. Einerseits kommt es in dieser Phase zu einer Konsolidierung, in der eine einheitliche Identität mit klarer sexueller Orientierung und stabile Selbstdarstellung erreicht wird, andererseits stehen eine Reihe neuer Entwicklungsaufgaben an, die bewältigt werden müssen. Formale und rechtliche Kriterien, die sich an die Volljährigkeit binden, eröffnen eine Gleichberechtigung vor dem Gesetz, bedeuten aber gerade für psychisch beeinträchtigte Jugendliche erhebliche Erschwernisse beim Zugang zu unterstützenden Jugendhilfemaßnahmen.

Auch bei delinquentem Verhalten muss mit dem vollen Ausmaß der Straffähigkeit gerechnet werden. Einer der wichtigsten objektiven Entwicklungsschritte ist die Ablösung von der Herkunftsfamilie, womit in diesem Alter der Auszug aus dem Elternhaus gemeint ist. Dieser Zeitpunkt variiert in kultureller Abhängigkeit sowie hinsichtlich der Geschlechter und des sozioökonomischen Status (vgl. Montada/Oerter 2008, S. 339). Aus psychologischer Sicht zählt zu den Ablöse Kriterien die Distanzierung von den Eltern und das Aushandeln sozialer Machtbalancen mit ihnen sowie die Veränderung der Beziehung zu den Geschwistern. Gelingt diese Ablösung nicht, besteht darin ein erhebliches Risiko für die Entwicklung des Selbstwertgefühles und Sozialverhaltens, aber auch für eine Manifestation psychischer Krisen. Mit der Ablösung von den Eltern ist gleichzeitig auch die Neuorganisation des eigenen Lebens verbunden, die Partnerwahl und Etablierung einer partnerschaftlichen Beziehung ist ebenso ein wichtiger Entwicklungsschritt wie die Organisation alternativer Lebensformen wie Single-Dasein, nichteheliche Lebensgemeinschaften etc.

Für junge Erwachsene aus traditionell-religiös orientierten Familien muss mindestens in Erwägung gezogen werden, dass das Möglichkeitenspektrum der partnerschaftlichen und individuellen Lebensgestaltung eingeschränkt ist. Das kann eine Erleichterung und ein haltgebendes Maß an Orientierung bedeuten, beinhaltet aber auch ein erhebliches Maß an Konfliktpotenzial, wenn familiäre Erwartungen und individuelle Wünsche kollidieren.

Das gilt vor allem dann, wenn erst die Eheschließung und die antizipierte Familiengründung der natürliche Ablösungspunkt aus der elterlichen Familie sind, was vor allem für junge Frauen mit Migrationshintergrund, sofern sie individualistische Vorstellungen und Wünsche an Berufstätigkeit und Partnerschaft hegen, nicht mehr kompatibel ist.

Für junge Männer hingegen kann das Scheitern an beruflichen Idealen erhebliche Selbstwertprobleme mit sich bringen (Jugend Shell Studie 2006, S. 36/ 37). Gerade in traditionellen Migrantenfamilien bringen diese veränderten Rollenbilder und Möglichkeitsräume erhebliche Konflikte mit sich, nicht selten treffen weibliche Ausbildungswünsche auf familiäres Unverständnis, nicht selten ziehen sich verunsicherte und beruflich depotenzierte junge Männer auf reaktionäre Rollenbilder zurück und entwickeln dabei dissoziale Verhaltensstrategien (Toprak/ Nowacki 2010,

S. 16). Diese Konstellationen werden durch nachgewiesen schlechtere Ausbildungschancen infolge schlechterer Schulbildung für Migrantenjugendliche erheblich verschärft (vgl. Senatsverwaltung 2008: Berliner Schulstatistik 2007/ 2008, S. 32).

7. Psychiatrische Diagnosen

Die theoretischen Überlegungen der vorigen Kapitel konnten deutlich machen, dass bei einer psychischen Dekompensation und damit einhergehenden Symptombildung offenbar ein Konglomerat aus geschlechtsspezifischen, altersspezifischen, aber auch kulturspezifischen Strategien für das Zustandekommen einer bestimmten Symptomausprägung oder eines Symptomclusters verantwortlich ist.

Wie diese Symptome jedoch seitens des Behandlers diagnostiziert und kodiert werden, hängt von dessen Interpretation und professioneller Zuordnung zum dafür vorgesehenen und standardisierten Diagnosemanual ab. Für den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Bereich ist davon auszugehen, dass die altersspezifische Dimension mit hoher Übereinstimmung erfasst wird, während die geschlechtsspezifische und kulturspezifische Dimension kaum normierbar ist und im Ermessensspielraum des Diagnostikers liegt.

Im Allgemeinen werden Krankheitsbilder in der Medizin nach den internationalen Vorgaben der WHO mit einem Code verschlüsselt, der sich aus einem Großbuchstaben und einer zweistelligen Zahl bzw. Dezimalzahl zusammensetzt. Dabei werden die Buchstaben A-Y und die Ziffern 0-9 kombiniert (Bsp.: Q90 = Down-Syndrom). Psychiatrische Störungsbilder werden mit dem Großbuchstaben F verschlüsselt.

Für die Klassifikation von psychiatrischen Störungsbildern steht im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Bereich das Multiaxiale Klassifikationsschema (MAS) zur Verfügung.

Für vorliegende Untersuchung beziehe ich mich auf die 10. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD 10), da diese auch die Diagnosegrundlage innerhalb der Erhebungsklinik war.

Da im Kinder- und Jugendbereich ein komplexes Gefüge von Krankheitsdeterminanten angenommen wird, kodiert das Multiaxiale Klassifikationsschema ICD 10 auf sechs Achsen (Remschmidt/ Schmidt/ Poustka 2001).

Auf der 1. Achse wird das klinisch psychiatrische Syndrom (F0-F9) beschrieben, ausgenommen F7 (soziales Funktionsniveau) und F8 (außer F84 tiefgreifende Entwicklungsstörung).

Auf der 2. Achse werden die umschriebenen Entwicklungsstörungen kodiert (F8).

Auf der 3. Achse wird das Intelligenzniveau kodiert.

Auf der 4. Achse wird die körperliche Symptomatik kodiert.

Auf der 5. Achse gibt es Vorgaben für assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände (z.B. 7.1 Migration und soziale Verpflanzung, 5.1. abweichende Elternsituation, etc.).

Auf der 6. Achse gibt es Vorgaben zur globalen Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus, dabei wird Anpassungsfähigkeit und Beeinträchtigung verbal beschrieben.

Da jedoch in der Praxis das MAS oft nicht vollständig auf allen Achsen kodiert ist, konnte ich für vorliegende Untersuchung nur auf die 1. und 2. Diagnoseachse zurückgreifen, die den Diagnoseschlüssel enthielten.

Im Folgenden werden die einzelnen F-Gruppen kurz erläutert sowie die Handhabung und Interpretation der Diagnosen:

Innerhalb der Zahlenkombinationen werden Symptomgruppen zusammengefasst. Als Beispiel möchte ich die Obergruppe **F9** aufführen, die die Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn der Kindheit und Jugend spezifiziert.

Als Untergruppe folgen die Zahlenkombinationen:

F90 für Hyperkinetische Störung, diese wiederum unterteilt sich in zwei Untergruppen:

F90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung

F90.1 Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens

Die Diagnosefindung folgt einem festgelegten Diagnosekriterienkatalog (ICD 10), wobei die Zuordnung einzelner Kriterien dem Behandler obliegt.

Folgende Verschlüsselungen der Obergruppen werden an den entsprechenden Stellen im Befundteil vorliegender Arbeit spezifiziert:

- F0 Organische einschließlich symptomatischer psychischer Störungen**
- F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen**
- F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen**
- F3 Affektive Störungen**
- F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen**
- F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren**
- F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen**
- F8 Entwicklungsstörungen**
- F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn der Kindheit und Jugend**

8. Forschungsmethode

Vorüberlegungen

Wie oben dargestellt lassen sich sowohl geschlechtsspezifische als auch alters- bzw. entwicklungsspezifische Prävalenzen und damit einhergehende Risikofaktoren für die Ausprägung einer psychiatrisch behandlungsbedürftigen Auffälligkeit im Kindes- und Jugendalter beschreiben.

Ausgehend von der Hypothese, dass auch der kulturelle Hintergrund bzw. die kulturelle Orientierung, hier unterteilt in die Dichotomie von Hofste (kollektivistisch vs. individualistisch), Einfluss auf die Ätiologie, Genese und Behandlung einer psychischen Erkrankung hat, aber bisher unklar ist, in welcher Art und Weise und unter welchen Bedingungen diese Variable ihre Wirkung zeigt, werden in dieser Untersuchung drei Gruppen (ohne Migrationshintergrund, einseitiger Migrationshintergrund und beidseitiger Migrationshintergrund) im Rahmen einer quantitativen Forschung in Anlehnung an Modelle der Surveyforschung in Form eines Ex-Post-Facto-Design (Schnell/ Hill/ Esser 1999, S. 219, 220) verglichen. Ziel ist es, durch ein kausal-analytisches Verfahren Risikogruppen hinsichtlich der Variablen Migrationshintergrund, Alter, Geschlecht und klinischer Merkmale herauszuarbeiten und zueinander in Relation zu setzen.

8.1. Stichprobenrekrutierung

Die Stichprobe umfasst sämtliche Patienten, die konsekutiv vom 01.01.-31.12.2007 im Vivantes-Humboldt-Klinikum Berlin, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, stationär aufgenommen und behandelt wurden. Da der Zugang zum Feld aus datenschutzrechtlichen Gründen äußerst schwierig war und nur diese eine Berliner Klinik, lediglich aufgrund meiner beruflichen Beziehungen zum Haus, der Studie zustimmte, kann nicht von einer Zufallsstichprobe im experimentellen Sinne ausgegangen werden, die Verallgemeinerungen auf die Grundgesamtheit zulassen würde.

Dennoch kann die vorliegende Untersuchung aus den gewonnenen Daten Tendenzen und Hypothesen ableiten, die sicherlich punktuelle Verallgemeinerungen möglich machen, vor allem aber dazu anregen können, mit deutlich mehr

Ressourcen die Ergebnisse zu überprüfen und zu validieren. Da es sich jedoch um eine große Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Berliner Versorgungslandschaft handelt, kann unter den eben reflektierten einschränkenden Einflüssen von einer Klumpenauswahl (Kromrey 2002, S. 297) gesprochen werden, da alle Daten psychiatrisch versorgter Patienten eines Jahres erhoben wurden und damit eine Kohortenauswahl getroffen wurde.

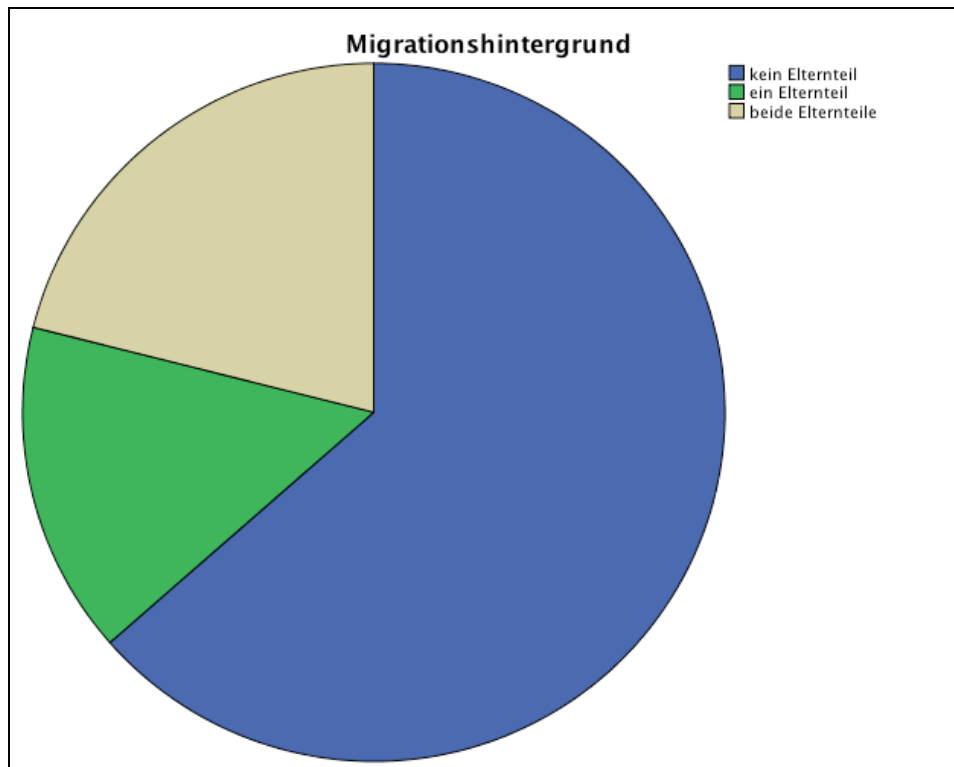
Das Versorgungsgebiet der Klinik umfasst unter anderem die migrantenstärksten Gebiete Berlins (Kreuzberg und Wedding), wodurch der Migrantenanteil tendenziell über dem bundesdeutschen Durchschnitt von ca. 30% Migrationsanteil in deutschen Psychiatrien liegt (Rudolf 2005, S. 9) und deshalb selbstverständlich keine quantitativen Aussagen über die Versorgungsgruppe getroffen werden können, dennoch lassen sich aus der daraus resultierenden erhöhten Fallzahl differenziertere Aussagen über Migrantengruppeninhärente Ergebnisse treffen. Als Migranten wurden all jene Patienten definiert, bei denen mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren und aufgewachsen ist. Die Gruppe setzt sich wie folgt zusammen: von den 383 Patienten des Jahres 2007 konnten 8,4 % nicht eruiert werden, da sie beispielsweise zur forensischen Abteilung der Klinik gehörten, die nicht erhoben werden durfte, oder weil die Akte noch nicht archiviert war. Die Gruppe der verbleibenden 351 Fälle⁵ (Grundgesamtheit) definiert sich wie folgt: 63,5% sind deutsche Kinder und Jugendliche ohne Migrationshintergrund, 36,5% sind Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund.

Dies bedeutet im Einzelnen, dass 63,5 % der Patienten zwei deutsche Elternteile haben, bei 21,1% haben beide Elternteile Migrationshintergrund, bei 15,4% ist ein Elternteil deutsch und der andere Elternteil hat Migrationshintergrund (Abb. 1). 2,8% der Gesamtgruppe haben Flüchtlingsstatus.

Von der Gesamtgruppe sind 59,8% männlich, 40,2% weiblich. Sowohl in der Gruppe der deutschen als auch in der Gruppe der Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund gilt tendenziell diese männlich-dominante Verteilung, bei den Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund lässt sich näherungsweise eine Gleichverteilung beider Geschlechter beobachten (Abb. 2). Die Vergleichsdaten aus

⁵ 351 Fälle weisen einen nahezu vollständigen Datensatz mit eindeutigen Aussagen über den Migrationshintergrund auf. In einigen Auswertungstabellen variiert die Anzahl der Grundgesamtheit, weil hier auch Fälle ausgewertet werden konnten, die einen teilweise vollständigen Datensatz hatten, aber keine Aussage über den Migrationshintergrund beinhalteten.

der Erwachsenenpsychiatrie zeigen für Patienten mit Migrationshintergrund eine geschlechtsspezifische Schichtung in umgekehrter Form von 40% Männer, 60% Frauen (ZIPP 2010). Die Daten für den Kinder- und Jugendbereich sind durch die in dieser Arbeit bereits beschriebene altersspezifische Prävalenz zu erklären, die im Kindesalter zu Ungunsten der Jungen verläuft.



(Abb. 1)

Geschlechterverteilung nach Migrationshintergrund					
			Geschlecht		Gesamt
			männlich	weiblich	
Migrationshintergrund	Ohne	Anzahl	136	87	223
		% innerhalb von Migrationshintergrund	61,0%	39,0%	100,0%
	einseitig	Anzahl	25	29	54
		% innerhalb von Migrationshintergrund	46,3%	53,7%	100,0%
	beidseitig	Anzahl	49	25	74
		% innerhalb von Migrationshintergrund	66,2%	33,8%	100,0%
Gesamt		Anzahl	210	141	351
		% innerhalb von Migrationshintergrund	59,8%	40,2%	100,0%

(Abb. 2)

Im Stichprobenzeitraum wurden Kinder und Jugendliche im Alter von 2-21 Jahren in der Klinik behandelt, sie verteilen sich wie folgt über die Altersgruppen (Abb. 3):

Unter 6 Jahre: 9,7%, 6-12 Jahre: 27,9%, 13-18 Jahre: 59,0%, 19-21 Jahre: 3,4%

Altersverteilung nach Migrationshintergrund							
		Alter				Gesamt	
		unter 6 Jahre	6-12 Jahre	13-18 Jahre	19-21 Jahre		
Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	26	67	123	7	223
		% innerhalb von Migrationshintergrund	11,7%	30,0%	55,2%	3,1%	100,0%
	einseitig	Anzahl	3	18	33	0	54
		% innerhalb von Migrationshintergrund	5,6%	33,3%	61,1%	,0%	100,0%
	beidseitig	Anzahl	5	13	51	5	74
		% innerhalb von Migrationshintergrund	6,8%	17,6%	68,9%	6,8%	100,0%
Gesamt	Anzahl	34	98	207	12	351	
	% innerhalb von Migrationshintergrund	9,7%	27,9%	59,0%	3,4%	100%	

(Abb. 3)

Die Untergliederung nach Herkunftsland soll nicht weiter spezifiziert werden, da generelle Tendenzen erarbeitet werden sollen und die Verteilung der Nationalitäten in der Stichprobe in etwa der deutschen Bevölkerungsstatistik entspricht. Die vorliegenden Migrantengruppen wurden bereits in Kap. 3 spezifiziert.

Die dritte Gruppe (neben der Gruppe der Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund und der Gruppe mit beidseitigem Migrationshintergrund) setzt sich aus den deutschen Patienten zusammen, so dass Äquivalenzen oder Differenzen hinsichtlich migrationsspezifischer Besonderheiten und Risikopopulationen bewertet werden können, die gute Vergleichbarkeit der Gruppen ist durch die pathogenetische Zufälligkeit eines Klinikaufenthaltes zum Erhebungszeitraum determiniert.

Verteilung der Migrationshintergründe in der Gesamtgruppe der Migranten

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Türkisch	33	26,2	26,2	26,2
	Asiatisch	6	4,8	4,8	31,0
	Osteuropäisch	31	24,6	24,6	55,6
	süd- bzw. westeurop.	14	11,1	11,1	66,7
	Afrikanisch	12	9,5	9,5	76,2
	Nordeuropäisch	7	5,6	5,6	81,7
	Arabisch	16	12,7	12,7	94,4
	Nordamerikanisch	4	3,2	3,2	97,6
	Südamerikanisch	3	2,4	2,4	100,0
	Gesamt	126	100,0	100,0	

(Abb. 4)

8.2. Terminologie

Zur Vereinheitlichung der in der Untersuchung gewählten Terminologie möchte ich an dieser Stelle noch einmal die verwandten Kategorien benennen. Da die Untersuchung in einer deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgte, gehe ich davon aus, dass die Standards in der Versorgung in aller Regel deutschen Normen folgen sowie das Klinikpersonal in aller Regel deutscher Herkunft ist. Die aufgenommenen Kinder und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund sind ebenfalls deutsch, das heißt, sie sind in Deutschland geboren und beide Eltern sind deutscher Herkunft und somit ohne Migrationshintergrund. Statt der Kategorie „Patienten ohne Migrationshintergrund“ verwende ich deshalb die Begrifflichkeit „deutsche Patienten“, was eine kulturell individualistische Orientierung impliziert.

Die Kinder und Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund sind zwar in den meisten Fällen ebenfalls in Deutschland geboren, aber beide Eltern haben Migrationshintergrund, in der Tendenz stammen sie aus der Türkei, den arabischen Ländern sowie Russland und Osteuropa, weswegen ich bei dieser Gruppe eine kulturell kollektivistische Orientierung annehme.

Die Kinder und Jugendlichen mit einseitigem Migrationshintergrund sind bis auf Einzelfälle in Deutschland geboren, ein Elternteil ist deutsch ohne

Migrationshintergrund und ein Elternteil hat Migrationshintergrund, auch hier gehe ich bei dem fremdländischen Elternteil hauptsächlich von der Türkei, arabischen Ländern, Russland, Osteuropa, aber auch Südeuropa aus, so dass sich für diese Patientengruppe die Mischung aus kollektivistischer und individualistischer Orientierung ergibt. Ich bezeichne diese Familien daher auch als „gemischtkulturell“.

8.3. Forschungsdesign und Durchführung

Alltagsbeobachtungen von Klinikern und Praktikern bestätigen die Einschätzung, dass der Migrationshintergrund eines jungen Menschen tatsächlichen Dispositionswert bei der Genese psychischer Störungen hat, bisher konnte dies in bestehenden Studien aber nur sehr randständig nachgewiesen werden, so dass immer wieder eine Externalisierung der kulturellen Determinanten stattfindet und sozioökonomische Merkmale oder ein Mismatching zwischen Patient und Behandler für die subjektiven Einschätzungen verantwortlich gemacht wird. In dieser Untersuchung soll ein anderer Ansatz gewählt werden, der den Alltagsbeobachtungen Rechnung trägt und auf ein quantifizierbares Niveau abstrahiert. Die Unterteilung der Patienten in solche ohne Migrationshintergrund, mit beidseitigem und mit einseitigem Migrationshintergrund wurde bisher noch in keiner (mir bekannten) Studie verfolgt, so dass gänzlich neue Relationen und Korrelationen ermittelt werden können. Diese drei Gruppen (ohne-einseitig-beidseitiger Migrationshintergrund) sowie die Variablen Alter und Geschlecht sollen mit einer Vielzahl weiterer klinischer Variablen in Beziehung gesetzt werden, die sich aus Überlegungen bestehender Studien zusammensetzen. So sollen Ätiologie, Genese und klinische Versorgung bei bestehenden psychiatrischen Erkrankungen innerhalb der drei Subgruppen eruiert und Wirkungszusammenhänge interpretiert werden, wodurch geschlechts-, alters- und kulturabhängige Besonderheiten oder Störungsbilder spezifiziert werden sollen, um detailliertere Aussagen über Risikogruppen machen zu können, da bisherige Studien diese Frage nur auf der Grundlage bestehender Befunde beantworten konnten.

Da die klinischen Erfahrungen und die vorhandenen Studien immer wieder darauf hingewiesen haben, dass der Zugang zur Probandengruppe außerordentlich schwierig ist (Wiedl/ Marschalck 2001, S. 17ff und Schenk/ Ellert/ Neuhauser 2007,

S. 591) und in dieser empirischen Untersuchung auch aufgrund von Kapazitätsgründen eine direkte Patientenbefragung nicht geleistet werden konnte, wurde eine retrospektive Aktenanalyse durchgeführt, bei der alle abgeschlossenen und archivierten Akten des Jahrganges 2007 mittels Fragebogen erfasst und ausgewertet wurden. Die erhobenen Daten sind repräsentativ verwertbar, da hohe Ansprüche an die Gütekriterien der Untersuchung gestellt wurden: Das Vivantes Humboldt-Klinikum (Berlin)⁶ leistet in Berlin einen Hauptbeitrag zur kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung und bildet durch sein Einzugsgebiet (Kreuzberg, Wedding...) die Heterogenität der Migrantengruppen repräsentativ ab. Die Stichprobe zeigt zudem einen „zufälligen“ (vgl. Kap. 8.1) Ausschnitt der Grundgesamtheit aller kinder- und jugendpsychiatrisch versorgten Patienten in Berlin und besitzt somit gewissermaßen externe Validität. Die interne Validität muss wie bei allen klinischen Studien, die Probleme bei der strikten Einhaltung des Randomisierungsprinzips haben, als quasi-experimentell bezeichnet werden (Bortz/ Lienert 2008, S. 20). Dennoch kann aufgrund der Abgeschlossenheit der Untersuchungsgruppe und der Tatsache, dass nur meine Person alle Daten erhob, von einer einheitlichen Beurteilung aller ermittelten Items ausgegangen werden, so dass auch die interne Validität des Versuchsdesigns im möglichen Rahmen gesichert ist. Durch die Datenerhebung in Form einer Aktenanalyse berührt die Forschung keine ethischen Probleme und beinhaltet keine Datenverzerrung im Sinne der „demand characteristics“. Die vorgefundenen Aktendaten unterliegen unvermeidbarerweise natürlich nicht nur objektiven Kriterien, sondern teilweise auch der subjektiven Einschätzung des klinischen Fachpersonals, wobei diese mögliche Datenverzerrung in die Forschung integriert wurde und Teil der interpretierten Ergebnisse ist. Auch eine Verzerrung durch den Versuchsleitereffekt ist aus oben beschriebenen Gründen weitestgehend minimal gehalten.

Alle drei Subgruppen wurden mittels Fragebogen erfasst, um mögliche Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen den Subgruppen herauszuarbeiten und diese in einer induktiven Vorgehensweise hinsichtlich der Gesamtthematik auszuwerten.

⁶ 2010 Fusion mit Vivantes Klinikum Berlin-Hellersdorf, aktueller Standort Berlin- Friedrichshain.

8.4. Untersuchungsinstrument

Der Fragebogen (Anhang) gliedert sich in drei Teile und wurde in mehreren Pretestphasen an die Möglichkeiten und den Informationsgehalt der Akten angepasst:

1. Soziodemographische Merkmale

2. Angaben zum Klinikaufenthalt

3. Vorgeschichte des Patienten

Die Konzeption der drei Teile knüpft an die bisherigen Forschungsüberlegungen an: Für die Ermittlung der Ätiologie (**sozioökonomische Daten**) wurde an die Vorbefunde sozioökonomischer Benachteiligung angeknüpft, zur Beurteilung der Genese (**Vorgeschichte des Patienten**) an die Befunde zu Zugangsbarrieren und im Bereich der psychiatrischen Versorgung (**Angaben zum Klinikaufenthalt**) war die Überlegung von Fehlinterpretationen in der Behandlung konzeptionell relevant.

Im ersten Teil werden folgende **sozioökonomische Merkmale** erfasst: **Geschlecht**, **Alter** (nach den in Kap. 6 beschriebenen Altersgruppen, die sich an der Alterseinteilung der Klinik orientiert, aber auch nach entwicklungspsychologischen Kriterien), **Schul- bzw. Ausbildungssituation**: hier wurde der Schultyp erfasst bzw. ein Schulabbruch, **Erkrankungen in der Familie** (psychisch und/ oder körperlich), **Familiensituation** kodiert nach folgenden Items, wobei Mehrfachnennungen die Regel sind:

Traumata: Missbrauch, körperliche Gewalt in der Familie, punktuell handelte es sich auch um Kriegserfahrung.

Trennungsfamilie: Hier wurde die Tatsache erfasst, dass sich die leiblichen Eltern getrennt haben, es kann sich aber durchaus trotzdem um intakte Patchworkfamilien durch die Implementierung eines nichtleiblichen Elternteils handeln.

Alleinerziehendes Elternteil: Dieses Item impliziert das tatsächliche Aufwachsen mit nur einem Elternteil, in vorliegender Untersuchung handelte es sich nur in zwei Fällen der Klinikstichprobe um den Vater als alleinerziehenden Elternteil.

Belastende dauerhafte Konflikte: Unter diesem Item wurden subjektiv belastende konflikthafte Familiensituationen subsumiert, allerdings ohne körperliche Gewalt!

Fremdunterbringung des Patienten: Hier handelt es sich bei den Jugendlichen in den meisten Fällen um eine Unterbringung des Patienten in Therapeutischen Wohngemeinschaften oder sonstigen Jugendhilfeeinrichtungen, bei Kindern wurde das Aufwachsen in Heimen und Pflegefamilien kodiert.

Tod (mindestens) eines Elternteils: Dieser Punkt wurde einzeln erfasst, obwohl es sich auch um ein traumatisches Ereignis handelt. Dennoch unterscheidet die Traumaforschung hier das „einmalige“ und „katastrophische“ Ereignis von den oben kodierten „andauernden“ und „man-made“ Traumatisierungen.

Hohe Geschwisteranzahl: Dieses Item wurde kodiert, wenn in der Familie insgesamt mehr als 5 Kinder leben.

Weitere Kategorien in diesem Erhebungsbereich waren die Nationalität der Eltern und des Kindes sowie die Frage nach dem Migrationsstatus (in Deutschland geboren vs. migriert vs. Asylstatus).

Im zweiten Teil - **Angaben zum Klinikaufenthalt** - wurde der **Einweisungsmodus** erhoben: erfolgte die Einweisung auf Initiative der Eltern, durch eine staatliche Institution (Schule oder Kita), auf Initiative eines Arztes, nach der Vorstellung in der klinikinternen Ambulanz oder durch die Notaufnahme einer anderen Klinik, von wo aus ein psychiatrischer Aufenthalt eingeleitet wurde. Beim Item „Sonstige Einweiser“ ergaben sich Kategorien wie polizeiliche Einweisung, durch Verwandte oder Familienhelfer etc.. Der Vollständigkeit halber seien an dieser Stelle noch die weiteren Einweisungsmodalitäten genannt, die aber nur in Einzelfällen zutreffend waren: durch Kinderheim oder Wohngruppe, auf Eigeninitiative oder nach einer Verlegung aus einer anderen Psychiatrie. Weiterhin wurde die Zwangsunterbringung gegen den Willen des Patienten, ggf. auch gegen den Willen seiner Eltern nach §1631 BGB und die Einweisung per Unabweisbarkeitsmodus i. S. des PsychKG erfragt. Die Dauer des Klinikaufenthaltes umfasste die Kategorien: Krisenintervention (wenige Tage oder Stunden), unter 1 Monat, 1-3 Monate, 4-6 Monate, über 6 Monate und ob ein Behandlungsabbruch erfolgte. Die Entlassungsdiagnose wurde genau erfasst, später aber innerhalb der übergeordneten Diagnosegruppen F0-F9 (vgl. Kap. 7) kodiert.

Zu diesem Teil gehören außerdem die Angaben, ob eine voll- oder teilstationäre Behandlung erfolgte, im geschlossenen oder offenen Setting und die Angabe, ob es sich um den ersten Klinikaufenthalt in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie handelte.

Im dritten Teil – **Vorgeschichte des Patienten** - wurde erfasst, in welchem Alter erste Auffälligkeiten auftraten (die Altersgruppen wurden nach entwicklungspsychologischen Kriterien erstellt), ob und wenn ja welche Maßnahmen im Vorfeld des Klinikaufenthaltes erfolgten (medizinisch, psychotherapeutisch, funktionstherapeutisch, sozial) und welcher Art die Auffälligkeiten zum Zeitpunkt der Einweisung waren (kodiert nach folgenden 17 Items, wobei für die Erfassung wichtig war, dass die Symptome im exakten Wortlaut im Aufnahmebericht standen, Mehrfachnennungen sind möglich): dissozial/ delinquent, Drogenabusus, Mediensucht, aggressiv/ impulsiv, autoaggressiv, traumatisiert durch Misshandlung bzw. Missbrauch, Angstsymptome, Zwangssymptome, Essstörung, depressive Symptome, somatische Beschwerden, Suizidalität, hyperkinetische Symptomatik, Entwicklungsverzögerung, schulische Schwierigkeiten (hier wurden keine Leistungsschwierigkeiten gewertet, sondern Konzentrationsschwierigkeiten/ Kontaktschwierigkeiten etc.), Enuresis/ Enkopresis und psychotische Symptomatik. Die Tatsache, dass sich die dokumentierte Einweisungssymptomatik sowohl aus subjektiver Beschreibung des Patienten, fremdanamnestischer Angaben (Eltern, Betreuer etc.) als auch aus dem klinischen Eindruck des aufnehmenden Klinikpersonals zusammensetzt, beinhalten diese Daten eine mögliche Verzerrung, die in vorliegender Untersuchung nicht zu vermeiden war und daher zumindest kritisch mitreflektiert werden muss.

Des Weiteren wurde erfasst, welche Empfehlungen seitens der Klinik bei Entlassung gegeben wurden (diese werden bei der quantitativen Auswertung nicht berücksichtigt) sowie die Vergabe des § 35a SGB V (von seelischer Behinderung bedroht) als Berechtigung zur Inanspruchnahme diverser Jugendhilfemaßnahmen. Die Antwortkategorien sind weitestgehend nominal-, in seltenen Fällen auch intervallskaliert, so dass auf der Grundlage eines Chi-Quadrat-Homogenitätstests (Bleymüller et al. 2000, S. 132) statistische Zusammenhänge über das Korrelationsmaß „Cramers V“ ermittelt werden können. Der Zusammenhang zweier ordinal skalierten Antworten wäre über „Kendall tau b“ ermittelt worden, war aber in vorliegender Untersuchung nicht sinnvoll einsetzbar.

8.5. Auswertung

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte grundsätzlich nach den Richtlinien von Bortz (2005). Die Berechnungen wurden unter Verwendung des SPSS für Macintosh Programms (Version 18.0 PAWS) durchgeführt. Der Datensatz wurde vor Auswertungsbeginn bereinigt, indem Einzelantworten wie zum Beispiel das Aufwachsen mit einem nichtleiblichen, aber ausländischen Elternteil als fehlender Fall definiert wurde.

Zur Auswertung wurde mittels bivariater Analyse die Signifikanz der Zusammenhänge zwischen den drei Gruppen innerhalb der Stichprobe (ohne Migrationshintergrund, einseitiger Migrationshintergrund, beidseitiger Migrationshintergrund) und den erhobenen Häufigkeitsdaten der einzelnen Fragen ermittelt. Als Korrelationsmaß wurde Cramers V (CV) gewählt. In der Literatur ist folgende Bewertung üblich: 0,1 - 0,3 = schwacher Zusammenhang, 0,4 - 0,5 = mittlerer Zusammenhang und $> 0,5$ = starker Zusammenhang, wobei $> 0,3$ in den Sozialwissenschaften bereits als bedeutsamer Zusammenhang gilt. Kendall tau b ist zwischen -1 und +1 definiert, wobei 0 keine Korrelation bedeutet, ein negatives Vorzeichen weist einen antiproportionalen Zusammenhang auf.

Die Signifikanzprüfung erfolgte in einem induktiven Verfahren auf 5%-Niveau und bezieht sich auf den Zusammenhang der korrelierten Kategorien, wobei die Signifikanzen aufgrund der kleinen Fallzahl nur eine begrenzte Aussagekraft haben, aber dennoch als Tendenz angegeben werden können. So werden in Kinder- und Jugendpsychiatrien relativ selten Psychosen oder Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert, was mit den Diagnosekriterien im Jugendalter zu tun hat, dennoch sind die ermittelten Zusammenhänge innerhalb größerer Studien oder einer Erwachsenenpsychiatrie nicht auszuschließen. Aufgrund der internen Zusammenhangsprüfung über das Signifikanzniveau sind Signifikanzen in allen drei Gruppen zu werten, da ein ermittelter signifikanter Zusammenhang innerhalb der deutschen Patientengruppe automatisch den unterscheidenden Zusammenhang innerhalb der Migrantengruppen impliziert. In wenigen Fällen wird außerdem das Vorhandensein einer Nicht-Signifikanz als Ergebnisbestätigung herangezogen. Wenn zum Beispiel Einweisungskriterien mit Entlassungsdiagnosen korreliert werden, bedeutet eine Signifikanz die Übereinstimmung beider Items, während gerade die Nichtübereinstimmung interessante interpretatorische Fragen aufwirft. Im gleichen

Maße kann auch das nicht Vorhandensein eines statistischen Zusammenhangs (CV) im Umkehrschluss das gewünschte Ergebnis bestätigen.

9. Darstellung der Ergebnisse und Diskussion

9.1. Eigene Befunde zur Ätiologie

Ausgehend von den Befunden bestehender Arbeiten wird hauptsächlich die sozioökonomische Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund für die Ausprägung einer psychischen Störung verantwortlich gemacht. Des Weiteren wurde oben dargestellt, dass vor allem das Jugendalter entwicklungsspezifische Risiken birgt und die geschlechtsspezifische Schichtung im Kindesalter zu Ungunsten der Jungen, aber in der Pubertät zu Ungunsten der Mädchen verläuft. Genetische Disposition und traumatische Lebensereignisse erhöhen ebenfalls das Erkrankungsrisiko wie belastende familiäre Situationen, wobei die Vulnerabilität bzw. die Resilienz einer Persönlichkeit sowie die Möglichkeit, unterstützende Maßnahmen aus dem direkten Umfeld zu erhalten, einen hohen Einfluss auf den Schweregrad der Auffälligkeiten haben. Im Folgenden sollen daher die Befunde aus vorliegender Studie dargestellt und verglichen werden.

Die altersspezifische Verteilung der Patienten folgt in etwa den in der Literatur beschriebenen Prävalenzen. In dieser Studie waren 37,3% der Behandelten unter 12 Jahren, 59,3% im Adoleszentenalter und 3,3% im jungen Erwachsenenalter (Tab. 4). Gemäß den Erwartungen zeigt sich auch in dieser Studie die geschlechtsspezifische Vulnerabilität. Unabhängig vom Migrationshintergrund liegt das Erkrankungsrisiko bei Jungen vor der Pubertät doppelt so hoch wie bei Mädchen: 46,8% aller stationär behandelten Jungen kamen im Alter bis 12 Jahren, von allen behandelten Mädchen waren nur 23,1% unter 12 Jahren (Signifikanz: 0,00). Dementsprechend nahm die psychiatrische Versorgung der Mädchen ab einem Alter von 13 Jahren exponentiell zu, so kamen 72,7% der Mädchen zwischen 13-18 Jahren, 4,2% über 19 Jahren. Bei den Jungen ist zwischen Kindesalter und Adoleszenz eine Homogenität in der Verteilung zu beobachten, 50,5% der Jungen wurden zwischen ihrem 13.-18. Lebensjahr stationär behandelt, über einem Alter von 19 Jahren waren es sogar nur 2,8% (Tab.7).

Bei Betrachtung der Altersverteilung nach Migrationshintergrund wird deutlich, dass 41,7% der deutschen Patienten vor dem 12. Lebensjahr psychiatrisch behandelt

wurden, während es bei den Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund nur 24,4% in dieser Altersgruppe waren, bei den Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund entsprach die klinische Gruppe mit 38,9% in etwa der altersspezifischen Gesamtverteilung. Auch in der Gruppe zwischen 13-18 Jahren folgt die Altersverteilung bei deutschen Patienten mit 55,2% und bei Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund von 61,1% in etwa der Stichprobengesamtverteilung, eine deutliche Abweichung ergibt sich jedoch bei den Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund, sie kommen zu 68,9 % im Adoleszentenalter und zu 6,8% im jungen Erwachsenenalter (Tab. 6, schwache Signifikanz: 0,053). Diese Ergebnisse können mit unterschiedlichen Ansätzen erklärt werden. Geht man von einer erhöhten Vulnerabilität ab dem Jugendalter aus, so würden die Befunde dafür sprechen, dass Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund diesen Entwicklungsschritt deutlich schlechter bewältigen als Gleichaltrige ohne oder nur mit einseitigem Migrationshintergrund. Wie in Kapitel 6.3. beschrieben, scheint die Ablösung von den Eltern sowie die Konfrontation mit den elterlichen Werten und kulturellen Vorstellungen besonders in dieser Gruppe Schwierigkeiten mit sich zu bringen und den Aufbau einer eigenen Identität zu erschweren.

Ein Erklärungsansatz für die Unterrepräsentation von Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund im Kindes- und Grundschulalter ist möglicherweise über die stärkere Familienkohäsion in kollektivistischen Kulturen zu erklären, die offenbar stabilisierende Funktion hat und bei Kindern und Jugendlichen ohne bzw. mit einseitigem Migrationshintergrund weniger wirksam ist. Überlegungen, dass die Unterrepräsentation im Kindes- und Grundschulalter mit Zugangsbarrieren zu tun hat, halte ich für weniger wahrscheinlich, da psychiatrisch behandlungsbedürftige Erkrankungen in dieser Altersgruppe meist unüberseh- und unbewältigbares Ausmaß zeigen. Wie in Kap. 6.2. bereits diskutiert, ist es auch denkbar, dass Kinder aus dieser spezifischen Migrantengruppe, nämlich vorwiegend türkischer, arabischer oder osteuropäischer Herkunft, deren Herkunftskulturen kollektivistisch orientiert sind, tendenziell weniger Symptome und Auffälligkeiten in der Gruppe zeigen, da sie in ihren Familien stärker gelernt haben, als Teil der Gruppe zu funktionieren. Dafür spricht auch die Tatsache, dass in diesem Lebensabschnitt die schulische Sozialisation bereits begonnen hat und damit auch die Orientierung in der Gruppe,

so dass auch externe Sozialisationsinstanzen offenbar weniger symptomatischen Handlungsbedarf bei diesen Kindern testieren.

Dafür sprechen die Zahlen, dass sich in allen drei Subgruppen in ähnlicher Art und Weise die Patientenzahlen mit dem Grundschulalter gegenüber der vorschulischen Zeit nahezu verdreifachen (bei den Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund sogar versechsfacht) und bei Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund keine abnorme Abweichung erfolgt (Tab. 6). Interessant sind die Befunde, dass sowohl bei deutschen als auch bei Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund, die im vorschulischen Alter psychiatrisch behandelt werden, vermutlich alle eine Kindertagesstätte besuchen (vgl. Tab. 6 und 8), wodurch die Lebensumstände, die einen Kita-Besuch erforderlich machen wie zum Beispiel elterliche Vollbeschäftigung oder Einelternfamilien etc., Risikowert haben könnten, andererseits muss bedacht werden, dass psychiatrische Auffälligkeiten in diesem Lebensalter meist unter die Kategorie der Entwicklungsstörungen fallen, die innerhalb einer Kindergruppe eher auffallen und von geschultem Personal eher bemerkt werden. Bei Kindern mit einseitigem Migrationshintergrund trifft diese Übereinstimmung i. d. R. nicht zu, so dass die Vermutung nahe liegt, dass Elternpaare, von denen nur eine Person Migrationshintergrund hat, in hohem Maße externe Hilfe suchen und ihre Kinder diversen diagnostischen Maßnahmen aussetzen. Das könnte zum einen daran liegen, dass diese Kinder mehr Auffälligkeiten zeigen, zum anderen aber auch, dass die Eltern mehr Auffälligkeiten wahrnehmen.

Bezugnehmend auf die theoretischen Überlegungen im ersten Teil der Arbeit transportieren kollektivistische und individualistische Kulturen, wie sie tendenziell in den gemischtkulturellen Paarungen der Klinikpopulation vorliegen, sehr unterschiedliche Bilder vom Kind, haben unterschiedliche Erziehungsvorstellungen und Erwartungen. Insofern kann vermutet werden, dass Kinder durch diesen Kontrast zum einen verunsichert sein können und ihren Konflikt symptomatisch zum Ausdruck bringen, zum anderen ist es aber auch denkbar, dass Eltern andere Erwartungen an ihr Kind haben und eine Abweichung davon als behandlungsbedürftig einschätzen. Folgende Befunde können diese Überlegungen stützen:

In der Altersgruppe unter 6 Jahre besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Einleitung medizinischer Untersuchungen und einem einseitigen Migrationshintergrund ($CV=0,313$, siehe Tab. 9).

Erklärungswürdige Signifikanzen ergeben sich auch bei der altersspezifischen Geschlechterverteilung nach Migrationshintergrund (Tab. 10) bei den Jungen mit einseitigem Migrationshintergrund: Im Vergleich zu allen anderen Gruppen kommen sie mit deutlicher Häufung im Alter von 6-12 Jahren (Signifikanz 0,007), während sie in der Adoleszentengruppe deutlich unterrepräsentiert sind. Die Befunde sprechen dafür, dass diese Gruppe möglicherweise weniger Probleme bei der Bewältigung der Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz hat wie zum Beispiel Identitätsfindung, was sich auch mit den Studien zur „bikulturellen Identitätsbildung“ deckt (vgl. z.B. Wießmeier 2000, S. 91), hier scheinen vorpubertäre Themen wie Trennungsschwierigkeiten, Loyalitätskonflikte und die Integration in der Gleichaltrigengruppe relevanteren Einfluss auf die Entwicklung einer psychischen Erkrankung zu haben. Weitere Befunde dieser Untersuchung unterstützen die Hypothese, denn in keiner der drei Subgruppen ist die Tatsache aus einer Trennungsfamilie zu stammen, was kausal auf konflikthafte Elternbeziehungen schließen lässt, so hoch wie allgemein bei den Kindern mit einseitigem Migrationshintergrund ($CV= 0,329$) und besonders im Alter zwischen 6-12 Jahren, 88,9% dieser Gruppe haben diese Erfahrung gemacht (Tab. 11).

Mangelnde Fähigkeiten zur Integration in die Gleichaltrigengruppe sowie Trennungsschwierigkeiten von den Eltern zeichnen sich auch im Symptom der Schulabstinenz ab, deren Ursache aus psychodynamischer Sicht in einer Trennungsproblematik gesehen wird (vgl. z.B. Hopf 2010/ Vortrag), wodurch genügend neurotisches Konfliktmaterial produziert wird. Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass in der Gruppe der Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund im Alter von 6-12 Jahren 16,7 % schulabstinent sind (Tab. 12), während es in der nächst höheren Alterskohorte schon 50% der Patienten sind, was auf ein erhöhtes Risikopotential hinweist, zumal die Zahl der männlichen Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund im Adoleszentenalter im Vergleich zu allen anderen Gruppen abnimmt (Tab. 10), wodurch das erhöhte Symptommvorkommen prägnant ist.

Auffällige Befunde ergeben sich weiterhin in der Gruppe der jungen Frauen mit Migrationshintergrund, sie liegen sowohl bei Patientinnen mit einseitigem als auch mit beidseitigem Migrationshintergrund in der Gruppe der 13 bis 18-Jährigen bei rund 80%, während die Zahl der deutschen Vergleichsgruppe unter 70% bleibt. Erklärungswürdig scheint des Weiteren die Tatsache, dass sich die Zahl der Migrantinnen mit beidseitigem Hintergrund zwischen dem Grundschulalter und Adoleszentenalter von 4% auf 80% steigert, während der Anstieg in den Vergleichsgruppen deutlich geringer ist (Tab. 10).

Wie bereits erläutert haben Mädchen in ihrer Sozialisation gelernt, sich anzupassen und weniger mit aggressiven Strategien auf sich aufmerksam zu machen, sondern reagieren eher mit depressivem Rückzug und somatischen Beschwerden. Es ist weiterhin bekannt, dass schüchterne und zurückgezogene Mädchen im Grundschulalter weniger Aufsehen erregen als beispielsweise externalisierend verhaltensauffällige Jungs im gleichen Alter. Die Befunde vorliegender Studie zeigen, dass Mädchen allgemein ($CV=0,117$) - und insbesondere mit ein- und beidseitigem Migrationshintergrund - deutlich seltener unterstützende Maßnahmen wie Funktionstherapien im Vorfeld bekommen als gleichaltrige Jungen mit Migrationshintergrund (Tab. 13), dennoch sind Patienten ohne Migrationshintergrund die am besten versorgteste Gruppe (Sig.: 0,024), was wiederum Hypothesen zum Vorhandensein von Zugangsbarrieren zu niedrigschwelligen Angeboten in Erwägung zieht, im Sinne der theoretischen Entwicklung vorliegender Arbeit aber auch Fragen zur wahrgenommenen Behandlungsbedürftigkeit verschiedener Symptomatiken aufwirft.

So werden Somatisierungen im Kindesalter vor allem bei Mädchen oft übersehen oder falsch interpretiert, mit Beginn der Pubertät treten diese jedoch deutlich massiver zum Vorschein in Form von Essstörungen, schweren Somatisierungsstörungen und Depressionen (vgl. Kap. 8.2), die Appellcharakter haben und eine Behandlung unabdingbar machen. Gerade bei Mädchen mit beidseitigem Migrationshintergrund kann sowohl von kulturell bedingten Rollenbildern ausgegangen werden, die stärker auf eine interne Konfliktverarbeitung zurückgreifen, aber auch die Tatsache, dass Schüchternheit und Zurückgezogenheit bei diesen Kindern seitens der Lehrer eher auf Sprachdefizite etc. zurückgeführt wird, ist denkbar.

Mit der Entwicklung zur Frau stehen dieser Kohorte andere Ausdrucksmöglichkeiten über den Körper zur Verfügung sowie das kulturinhärente Ausdrucksrepertoire, das oft über somatische Beschwerden versprachlicht wird. Abgesehen von den vermuteten möglichen „Krankheitsverschleppungen“ bei Mädchen allgemein und verstärkt bei Migrantinnen bergen die Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz (wie oben beschrieben) erhöhtes Konfliktpotential und Erkrankungsrisiko. Vor allem die Verortung der eigenen Identität und Abkehr von sozialen Rollenbildern scheint besonders für junge Migrantinnen mit beidseitigem Migrationshintergrund ein innerpsychischer Spagat zu sein. Bei adoleszenten Frauen mit beidseitigem Migrationshintergrund scheint daher das psychische Erkrankungsrisiko laut vorliegender Untersuchung weniger mit einer sozialen Deprivation zusammenzuhängen -wie bisher vermutet -, sondern vielmehr mit den Konflikten, die aus einem erhöhten Bildungsstand entstehen und sich vermutlich nicht mehr mit den traditionellen Rollenbildern vereinbaren lassen. Die prozentuale Anzahl der Gymnasiastinnen ist in keiner der Subgruppen höher (Tab. 14).

Ganz anders stellt sich die Risikolage bei den männlichen Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund dar, wo die Auswirkungen der Bildungsbenachteiligung als Mitverursacher einer psychischen Vulnerabilität verstanden werden können. 22,5% der männlichen Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund sind Hauptschüler, im Vergleich zu 9,3% bei der deutschen Vergleichsgruppe und noch geringerem Anteil bei den männlichen Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund. 15% der Patienten mit beidseitigen Migrationshintergrund haben die Schule abgebrochen oder sind ohne Schulabschluss im Vergleich zu 7,4% bei den deutschen Patienten (Tab. 14).

Abgesehen von einer tatsächlichen Bildungsbenachteiligung, die sich auch aus der Berliner Schulstatistik (2007/ 2008) und den Daten des aktuellen Berliner Gesundheitsberichtes (Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz 2010, S. 108) ergibt, ist vor allem der deutlich erhöhte Wert von Schulabbrechern interpretatorisch relevant. Die Tatsache, durch eine fehlende Schulbildung keinen Zugang zu einer Berufsausbildung und ökonomischer Unabhängigkeit zu haben (DGB 2010, S. 2), bedeutet für ein traditionelles

Rollenverständnis, keine Familie ernähren zu können und auch die Herkunftsfamilie nicht unterstützen zu können, wie es vor allem in kollektivistischen Kulturen vorgesehen ist. Die Konsequenzen für eine Identitätsbildung, aber auch für Möglichkeiten der Loslösung von der Familie sind durch diese kulturgeprägten Vorstellungen und Erwartungen erschwert und können erhebliche Risiken für die Ausprägung psychischer Erkrankungen bilden (vgl. z.B. Seiffge-Krenke 2007, S. 89).

Nach Assion (2005) bedeutet auch die Tatsache, von Behinderung und Intelligenzminderung betroffen zu sein, ein erhebliches psychosoziales Risiko, das in der Migration deutlich verstärkt wird. Assion sieht vor allem Schwierigkeiten in der Anpassung an eine neue Kultur und das Erlernen einer fremden Sprache infolge kognitiver Beeinträchtigung (ebd. S. 141).

In der untersuchten Klinikstichprobe ist in keiner Gruppe der Anteil an Sonderschülern so hoch wie bei der Kohorte mit beidseitigem Migrationshintergrund, sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen liegt dieser bei knapp 15% (Tab. 14). Dies spricht für Assions Hypothese. Dennoch muss bedacht werden, dass Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund auch zu einem ungerechtfertigt hohen Prozentsatz auf Sonderschulen beschult werden (vgl. Ucar 1999) und sich diese Tatsache natürlich auch in der Klinikstatistik niederschlägt.

Bei den Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund bildet sich eine abweichende ($CV=0,508$) und deutlich gehobenere Bildungsschicht ab, die auch weit über den Verteilungsdaten der deutschen Patienten liegen (Tab. 14). Es wäre denkbar, dass Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund im familiären Sinne eine hohe Anpassungsleistung vollbringen müssen, um die unterschiedlichen Erwartungen integrieren zu können, was damit Teil ihrer Identität und Persönlichkeit wäre und auch im schulischen Sinne wirksam bzw. funktional sein könnte. Dennoch kann eine übersteigerte Anpassungsbereitschaft und -fähigkeit auch pathogene Auswirkungen zeigen.

Andererseits präsentiert sich bei dieser Patientengruppe vermutlich auch eine soziale Schicht, die in den anderen Gruppen seltener klinische Auffälligkeiten zeigten, da eine Reihe protektiver Faktoren wirksam ist und daher für erhebliche Risiken des Aufwachsens in Familien mit Elternpaaren, deren Herkunftskulturen unterschiedlich orientiert sind, spricht.

Für diese Hypothese sprechen die Befunde vorliegender Untersuchung hinsichtlich konflikthafter Familiensituationen. Unter diesem Item wurden in den Akten dokumentierte innerfamiliäre Streitigkeiten gezählt, Gewaltanwendung ist unter diesem Punkt explizit nicht erfasst und beim Item Trauma kodiert. Es ist davon auszugehen, dass die hier dokumentierten Streitigkeiten über ein objektives Maß an „normaler“ innerfamiliärer Konfliktkultur hinausgingen, jedoch mindestens in der subjektiven Einschätzung der Patienten unerträgliches Ausmaß erlangten, da sie sonst nicht aktenkundig geworden wären. Während bei den deutschen Patienten rund 20% in solch einem Familienmilieu aufwachsen (Tab. 15), sind es bei den Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund 25% (vgl. dazu auch Tab. 11) und bei den Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund nur rund 15%. Die geschlechtsspezifische Verteilung ist innerhalb der Subgruppen homogen.

Bei dem Item Traumata, unter dem innerfamiliäre körperliche Gewalt, aber auch Verfolgung, Missbrauch, Kriegserfahrung etc. subsumiert wurden, liegt der Belastungsschwerpunkt bei den männlichen Patienten (Sig.: 0,00, siehe Tab. 16), wobei der Fokus auf erlebter körperlicher Gewalt liegt und hier besonders bei den Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund. 40% der männlichen Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund haben solch ein Ereignis biographisch zu verarbeiten und immerhin 30% der Mädchen aus dieser Gruppe geht es genauso. Bei den Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund liegt der Anteil bei den Jungen mit 28% doppelt so hoch wie bei den Mädchen, bei den deutschen Patienten schwankt der Wert bei beiden Geschlechtern um ca. 14% (Tab. 16). Bei den Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund sind die Werte natürlich deutlich erhöht, weil in dieser Gruppe von den oben erwähnten migrationsinhärenten Traumatisierungen ausgegangen werden muss, zumal 36,5% der Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund nach Deutschland zugewandert sind (Tab. 17 Sig.: 0,00), andererseits sprechen auch autoritärere Erziehungsmaßnahmen für eine anzunehmende Erhöhung körperlicher Gewalt in diesen Familien.

Gerade für die weiblichen Patientinnen ist bei der Zustimmung zu diesem Item in der Regel von sexuell-missbräuchlichen Erfahrungen auszugehen, da diese wie oben erwähnt seltener Opfer von Gewaltdelikten werden. So scheint sich sexuelle Gewalt vor allem bei den Patientinnen mit beidseitigem Migrationshintergrund, die

tendenziell auch sehr religiös erzogen und geprägt sind, im erhöhten Maße pathogen auszuwirken. Es wäre zu überlegen, inwiefern kulturell bedingte Ehr- und Schamgefühle die innerpsychische Konfliktdynamik nicht unerheblich verstärken.

Auffällig sind weiterhin die Werte der Jungen mit einseitigem Migrationshintergrund, wobei zu hinterfragen ist, warum gerade diese in einem erhöhten Ausmaß Opfer körperlicher Gewalt werden, während die Mädchen derselben Subgruppe niedrigere Werte als die deutsche Vergleichsgruppe aufweisen (Tab.16).

Nur 7,4% der Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund sind nicht in Deutschland geboren (Tab. 17), sondern innerhalb ihrer Kindheit oder Jugend zugewandert, außerdem handelt es sich bei diesen Patienten meist nicht um traumatisch motivierte Migration. Vielmehr wäre aus den obigen Befunden und Überlegungen hypothetisch zu schlussfolgern, dass gerade Jungen mit einseitigem Migrationshintergrund weniger in der Gleichaltrigengruppe zurecht kommen, da sie für sich möglicherweise weder Strategien individualistischer noch kollektivistischer Kulturen ausreichend aufbauen bzw. nutzen konnten und somit weniger Schutz in der Gleichaltrigengruppe finden, möglicherweise sogar eher Opfer von gewalttätigen Auseinandersetzungen werden und letztendlich vielleicht auch kulturbedingt innerfamiliär stärker bestraft werden als Mädchen.

Auch in der Gruppe der Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund liegt eine 10%-ige Differenz zwischen Jungen und Mädchen vor, was für die Hypothese der innerfamiliären stärkeren Bestrafung sprechen würde, zumal bei den Deutschen keine Heterogenität zwischen den Geschlechtern besteht (Tab. 16).

Wie oben beschrieben zählt der Tod eines Elternteils im Kindes- und Jugendalter zu den am schwersten verarbeitbaren Ereignissen und zieht ein erhöhtes Erkrankungsrisiko nach sich. In dieser Studie ist zu beobachten, dass der größte Anteil an Patienten mit diesem „Lifeevent“ zwischen dem 13.-18. Lebensjahr psychiatrisch behandelt werden mussten (10,8%, siehe Tab. 18). Einerseits fundiert dies die Befunde bisheriger Untersuchungen (vgl. Schneewind/ Weiß 1998), wenn davon ausgegangen wird, dass dieses Ereignis zwischen dem 9.-14. Lebensjahr die traumatischsten Auswirkungen zeigt, so dass bei einer prodromalen Spannweite von zwei bis vier Jahren psychiatrische Symptome auftreten und damit die Häufung im Adoleszentenalter erfolgt. Andererseits kann unter entwicklungspsychologischen

Gesichtspunkten auch argumentiert werden, dass eine Häufung gerade in dieser Phase erfolgt, weil ein identifikatorisches Vorbild fehlt, an dem die Auseinandersetzung mit der eigenen Identität stattfinden kann. Gerade für Jugendliche mit ein- oder beidseitigem Migrationshintergrund scheint das besonders problematisch zu sein.

In der Gruppe der Mädchen mit einseitigem Migrationshintergrund sowie bei Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund sind die Werte im Vergleich zu den anderen Gruppen deutlich erhöht. Bei den Mädchen (ein- und beidseitig) haben rund 10,5% dieses biographische Trauma erlitten, was als ätiologischer Mitverursacher der psychiatrischen Erkrankung angesehen werden muss, bei den Jungen mit beidseitigem Migrationshintergrund sogar 15,6% (Tab. 18a). Die Befunde lassen die Überlegung einer Identitätsdiffusion zu, die sich in Ermangelung einer kulturellen Identifikationsfigur manifestiert.

Ähnliche Konstellationen können sich auch ergeben, wenn ein Elternteil nach einer Trennung alleinerziehend ist, in den meisten Fällen, und so auch in dieser Untersuchung, ist das die Mutter (Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz 2010, S. 122). Die erhobenen Daten decken sich mit bisherigen Befunden, dass diese Lebenssituation einen Dispositionswert für die psychische Entwicklung eines Kindes hat, wie in der Literatur beschrieben (vgl. Kap. 4.2.1) sich daraus jedoch keine geschlechtsspezifischen Risiken ergeben. Die Ergebnisse vorliegender Untersuchung zeigen jedoch, dass ein geschlechtsspezifischer Unterschied bei Deutschen und Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund in der Tat kaum sichtbar, aber bei Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund erheblich ist (Tab. 19).

Während nur 36,8% der Mädchen dieser Gruppe mit einem alleinerziehenden Elternteil aufwachsen, sind es bei den Jungen der Klinikpopulation immerhin 46,7%. Das ist zwar immer noch weniger als in der Gruppe der Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund, aber die immerhin schwach signifikante allgemeine Geschlechterverteilung (Sig.: 0,052) spricht in Kombination mit der deutlich altersspezifischen Häufung während der Adoleszenz (Tab. 20/ Sig.: 0,010) besonders bei beiden Migrantengruppen (ein- und beidseitig) für erhebliche Probleme der Ablösung und Autonomieentwicklung, die vor allem für junge Männer mit beidseitigem Migrationshintergrund problematische Ausmaße annehmen, da eine

Erkrankung offenbar als einziger Ausweg bleibt, um sich von einer alleinerziehenden Mutter zu lösen.

Hier können sowohl Vorstellungen einer exquisiten Mutter-Sohn-Beziehung in bestimmten Kulturkreisen gültig sein wie auch erhebliche Loyalitätsverstrickungen und Parentifizierungs- sowie Versorgertendenzen.

Auch bei den Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund lässt sich der Fakt, aus einer Einelternfamilie zu kommen, als Risikomerkmale identifizieren (Tab. 20/ Sig.: 0,025). Während es bei den deutschen Patienten eine homogene Verteilung hinsichtlich dieses Ereignisses innerhalb der Altersgruppen gibt, besteht auch bei den Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund eine Fokussierung im Adoleszentenalter. Ebenso wie bei der anderen Migrantengruppe muss und kann auch hier von einer erschwerten Autonomieentwicklung ausgegangen werden, aber auch vom Fehlen eines parenten Kulturträgers ähnlich wie beim Tod eines Elternteils. Denn in der Überzahl der gemischtkulturellen Partnerschaften stammt der Vater aus einem fremdkulturellen Land (Bundesministerium 2003, S. 54) und fällt nach einer elterlichen Trennung eher als Bezugsperson weg.

Meiner Hypothese nach wählen Adoleszente mit Migrationshintergrund sehr geschlechtsspezifische Muster, wenn der Autonomie-Abhängigkeitskonflikt in der Adoleszenz nicht gelöst werden kann. Während Jungen eher in den Familien verharren und sehr unbewusst schleichende Symptomverläufe wie Suchterkrankungen, aber auch psychotische Verläufe ausprägen, deren Ursache in einem psychodynamischen Verständnis in einer zu engen und unauflösbaren Bindung zur Familie gesehen werden kann, wählen junge Frauen eher bewusst aufsehenerregende Methoden wie Essstörungen, selbstverletzendes Verhalten, Suizidversuche etc., um sich mit Gewalt aus den Familien zu lösen. Klinikaufenthalte und betreute Wohngemeinschaften können vor dem Hintergrund dieser Überlegungen als Ablöseunterstützung verstanden werden.

Das erhobene Item der Fremdunterbringung könnte die Vermutungen bestätigen. Lediglich bei den deutschen Patienten treten Heimunterbringungen bei Patienten im Kindesalter auf und müssen als enorme Belastung für die psychische Entwicklung verstanden werden. In den beiden Migrantensubgruppen ist die Anzahl der Fremdunterbringungen im Kindesalter schwindend gering, deutliche Häufungen ergeben sich aber in der Alterskohorte 13-18 Jahre: 31,6% der deutschen Patienten

leben in diesem Alter nicht zu Hause im Vergleich zu jeweils über 40% der Patienten mit ein- bzw. beidseitigem Migrationshintergrund (Tab. 21). In dieser Altersgruppe ist mit einer Fremdunterbringung das Leben in Jugendhilfeeinrichtungen gemeint. Vor allem junge Frauen weisen hier die Höchstwerte auf: 47,4% der Migrantinnen mit beidseitigem Migrationshintergrund sind fremduntergebracht und 35,7% der weiblichen Adoleszenten mit einseitigem Migrationshintergrund, bei den deutschen Patientinnen liegt der Wert bei lediglich 26,8%, die männlichen Vergleichsgruppen liegen alle jeweils um ca. 20% (Tab. 22).

Wie oben erwähnt können sich für Kinder benachteiligende Faktoren ergeben, wenn sie mit mehreren Geschwistern aufwachsen. Weniger Exklusivität in der Eltern-Kind-Beziehung und eine oft resultierende sozioökonomische Benachteiligung in diesen Familien können dazu führen, dass die psychischen Bedürftigkeiten gerade von ohnehin vulnerablen Kindern nicht adäquat beantwortet werden können. Die Befunde zeigen, dass bei den Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund dieses Risikomerkmak bei 13,2% zutrifft, während es bei deutschen Patienten mit 4,3% kaum vorhanden ist und auch bei Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund mit 9,4% weniger relevant zu sein scheint (Tab. 23). Es ist davon auszugehen, dass sich bei den Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund eher die soziodemographischen Familienstrukturen abbilden, da die Kinderzahl in diesen Familien höher ist (Bundesministerium 2003, S. 55), der Wert bei den Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund weist jedoch auf ein erhöhtes Risikopotential hin, da hier ähnlich wie bei der Kohorte ohne Migrationshintergrund eher keine „Großfamilienstrukturen“ üblich sind. Eine Erklärung dafür, dass für Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund kein überproportionales Risiko daraus erwächst, mit mehreren Geschwistern aufzuwachsen, kann auch darin begründet liegen, dass in diesen kulturell tendenziell kollektivistisch orientierten Familien mehr personelle Kapazität in Form von Großeltern, Tanten etc. zur Verfügung steht, was in deutschen Familien und auch bei solchen mit einseitigem Migrationshintergrund eher selten der Fall ist.

So zeigen detailliertere Auswertungen, dass in allen Gruppen eine erhöhte Komorbidität zwischen dem Fakt mit mehreren Geschwistern aufzuwachsen und mit einem alleinerziehenden Elternteil besteht (Tab. 24/ CV= 0,413), dennoch ist der Zusammenhang bei den Kindern aus Familien mit einseitigem Migrationshintergrund

am prägnantesten (vgl. die CV-Werte in Tab. 24), ebenso besteht bei ihnen wie in keiner anderen Gruppe ein signifikanter Zusammenhang mit dem Merkmal, aus einer Mehrkinderfamilie zu stammen und kranke Geschwisterkinder zu haben (Tab. 25/ Sig.: 0,003/ CV= 0,525). Beide Faktoren minimieren in erheblichem Maße die ohnehin knappere elterliche Zuwendung in Mehrkinderfamilien.

Ähnliche Defizite für die Entwicklung ergeben sich auch aus der Tatsache, mit kranken Eltern aufzuwachsen. Bei deutschen Patienten und solchen mit einseitigem Migrationshintergrund wird bei rund 58% eine Erkrankung in der Familie angegeben, diese Erkrankung betrifft in beiden Gruppen zu 80% einen Elternteil. Bei den Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund wird nur bei 45,9% eine familiäre Erkrankung dokumentiert, wovon zu 66,7% ein Elternteil betroffen ist (Tab. 26/ Tab. 27). Die Zahlen sind jedoch schlecht vergleichbar, da es in allen drei Gruppen eine große Anzahl von Patientenakten gab, in denen keinerlei Angaben zu den familiären Erkrankungen gemacht wurden, die Daten sind daher mit Vorsicht zu interpretieren. Am größten ist die Anzahl fehlender Angaben mit 51,4% bei Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund (Tab. 26). Diese Tatsache muss wohl als Kommunikationsbarriere zwischen Behandler und Eltern verstanden werden, die einerseits auf sprachliche Schwierigkeiten schließen lässt, aber vermutlich vor allem als Schamhaftigkeit seitens der Eltern, etwas über sich oder die Familie zu erzählen.

Von denjenigen, die eine Angabe zu Erkrankungen machten, ergeben sich in allen drei Gruppen Werte um ca. 80% für psychische Erkrankungen und Probleme in der Familie (Tab. 28). Die Ergebnisse bestätigen bisherige Studien, die im Aufwachsen mit psychisch kranken Eltern erhebliche Risiken für die psychische Entwicklung der Kinder sehen, weswegen diese Kinder deutlich mehr externe Unterstützung benötigen. Neu ist hier jedoch die Überlegung, dass es offenbar gerade bei Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund besonders schwierig ist, das Vorhandensein solcher familiärer Belastungen zu eruieren, wodurch auch Hilfsangebote nicht sinnvoll ansetzen können. Zuletzt sei bei den krankheitsverursachenden und auslösenden Faktoren noch auf das spezifische Thema der Migration hingewiesen. Nur ein geringer Teil der Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund sind nicht in Deutschland geboren, da es sich hierbei nur um einzelne Patienten handelt, sind diese Werte wenig aussagekräftig. Bei den Patienten mit beidseitigem

Migrationshintergrund handelt es sich jedoch um eine größere Gruppe, 42,9% der männlichen Patienten sind zugewandert und immerhin 24% der weiblichen Patientinnen (Tab. 29/ Sig.: 0,00/ $CV > 0,716$). Sie (Pat. mit beidseitigem Migrationshintergrund) sind zu 53,8% zwischen dem 6.-12. Lebensjahr ($CV = 0,765$) in der Klinikpopulation vertreten und zu 35,3% im Alter von 13-18 Jahren ($CV = 0,721$, siehe Tab. 30). Bei diesen Patienten ist davon auszugehen, dass sich eine Reihe belastender Faktoren kumulieren. Bei den hier vorgefundenen Patienten handelt es sich um schulpflichtige Kinder und Jugendliche, die neben dem Heimatortwechsel auch die Anforderungen eines neuen Schulsystems bewältigen mussten, wobei die Eltern - auf Grund der oben viel diskutierten Faktoren - wenig hilfreich sein konnten. Diese komplexe Belastung scheint sich vor allem für Jungen im Grundschulalter zum signifikanten Risikofaktor (Tab. 29/30) zu steigern (Sig.: 0,00). Dennoch bleibt fraglich, inwiefern es sich tatsächlich um Fehlanpassungen des Kindes handelt oder nicht vielmehr um die normierten Verhaltens- und Leistungsmaßstäbe in deutschen Schulen, die zur Pathologisierung kindlicher Entwicklung führten. Denn formal eher angepasste Mädchen mit diesem biographischen Ereignis treten in der Klinikpopulation seltener auf (Tab. 10).

Gleichzeitig müssen jedoch auch die tatsächlich traumatisierenden Auswirkungen einer Migration gewürdigt werden, immerhin sind 13,5% der Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund (Tab. 31/ Sig.: 0,00/ $CV = 0,331$) Flüchtlinge. Unklarer Aufenthaltsstatus, traumatische Erlebnisse und sozioökonomische Armut sind nur einige der Faktoren, die eine hohe psychische Vulnerabilität bedingen.

9.2. Eigene Befunde zur Genese

Während im vorigen Kapitel unter migrationsspezifischen Aspekten Ursachen und Auslösefaktoren psychischer Erkrankungen dargestellt wurden, wird es in diesem Kapitel darum gehen, die Genese einer psychischen Erkrankung zu beschreiben und die migrationsspezifischen Besonderheiten dabei herauszuarbeiten, vor allem unter dem Fokus der Zugangsbarrieren wie im theoretischen Teil vermutet. Die Genese bezeichnet die Karenzzeit zwischen ersten unspezifischen Symptomen und dem eigentlichen Krankheitsausbruch.

Die Angaben zu den ersten Auffälligkeiten innerhalb der kindlichen Entwicklung beruhen auf fremdanamnestischen Angaben der Eltern oder ggf. Betreuern und können daher subjektiv gefärbt sein, was allerdings auch die elterliche Wahrnehmung für ihr Kind spiegelt und mitinterpretiert werden soll.

Wie in der Literatur beschrieben, zeigt sich auch in dieser Studie eine geschlechtsspezifische Verteilung hinsichtlich des Auftretens erster Auffälligkeiten. In allen drei Subgruppen werden bei männlichen Patienten bis zu einem Alter von 6 Jahren doppelt so viele Auffälligkeiten beschrieben wie bei Mädchen (Tab. 32/ Sig.: 0,051). Einzige Ausnahme stellt die Gruppe der Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund dar ($CV=0,363$), hier werden bei Mädchen fürs erste Lebensjahr mit 17,6% mehr Auffälligkeiten angegeben als bei den gleichaltrigen Jungen mit 10% sowie den anderen weiblichen Vergleichsgruppen, wo der Wert um ca. 3% liegt (Tab. 32). Dieser Zusammenhang ist relativ unklar und kann nur hypothetisch begründet werden. Da Mädchen in der Regel als deutlich angepasster und in den ersten Jahren auch als weniger anfällig gelten, ist dieses Ergebnis nur auf der Grundlage elterlicher Wahrnehmung begründbar. Eine Überlegung wäre, dass gerade in sehr traditionell orientierten kulturellen Kontexten, wie er beispielsweise für die hier beschriebenen Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund tendenziell zutrifft, der Wunsch einen Jungen und damit Stammhalter zu gebären größer ist, so dass die Geburt eines Mädchens mit Enttäuschung und folglich sogar einer defizitären Wahrnehmung des Kindes verbunden sein kann.

Ein deutlicher Anstieg der angegebenen Auffälligkeiten erfolgt in allen Gruppen mit Beginn des Schulalters in der Alterskohorte 6-11 Jahre, lediglich bei den Jungen mit einseitigem Migrationshintergrund steigt die Zahl schon im Kindergartenalter auf über 20% im Vergleich zu allen übrigen Gruppen, wo die Werte um ca. 10% liegen. Bei den Jungen mit einseitigem Migrationshintergrund erreichen die Werte dann im Schulalter ihren absoluten Höhepunkt mit 36% und liegen deutlich über den Zahlen aller anderen Gruppen. Im Alter zwischen 12-16 Jahren werden dafür für diese Gruppe nur noch in 12% der Fälle Auffälligkeiten angegeben, im Vergleich zu den Jungen der anderen Gruppe haben sich hier die Werte halbiert, während bei den Mädchen generell die Werte exponentiell anwachsen.

Besonders bei den Mädchen mit beidseitigem Migrationshintergrund liegen die Werte für erste beschriebene Auffälligkeiten in diesem Zeitraum (12-16 Jahre) bei 52,9%, bei Mädchen mit einseitigem Migrationshintergrund bei 42,3% und bei deutschen Patientinnen bei 38,5% (Tab. 32).

Die Befunde belegen, dass kulturunabhängig Jungen offenbar in der frühen Kindheit mehr Auffälligkeiten zeigen als Mädchen, was auf geschlechtsspezifische Dispositionen zurückgeführt werden könnte. Die Tatsache, dass bei Mädchen offenbar die ersten Auffälligkeiten erst schlagartig und dafür rapide in der Pubertät einsetzen, lässt an dem Konzept der geschlechtsspezifischen Disposition jedoch zweifeln. Es ist eher zu vermuten, dass die elterliche Wahrnehmung und Aufmerksamkeit für die Bedürfnisse der Jungen höher ist als für Mädchen, bei denen Symptome übersehen werden oder nicht wahrgenommen werden wollen. Besonders bei Mädchen mit beidseitigem Migrationshintergrund scheint diese Überlegung zuzutreffen. Sie sind in allen Bereichen der gesundheitlichen und sozialen Versorgung unterrepräsentiert. Während Mädchen und Jungen aller Gruppen in ca. 50% der Fälle in ihrer Genese medizinische Maßnahmen in Anspruch nahmen, sind es bei Mädchen mit beidseitigem Migrationshintergrund nur 33,3% (Tab. 33), was auch dafür sprechen könnte, dass somatische Beschwerden nicht so ernst genommen werden.

Auch durch funktionstherapeutische Maßnahmen wie Ergotherapie, Physiotherapie etc., die vorwiegend im Kindesalter verordnet werden, bekommen Mädchen mit beidseitigem Migrationshintergrund nur zu 5,6% Unterstützung, im Vergleich zu 15% bei den übrigen weiblichen Patientinnen und sogar 30% bei den männlichen Patienten, wobei auch hier eine Benachteiligung in der Inanspruchnahme niedrigschwelliger therapeutischer Versorgungsangebote seitens der Jungen mit beidseitigem Migrationshintergrund besteht (Tab. 13).

Auch an psychotherapeutischen Maßnahmen partizipieren Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund deutlich seltener. Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund und deutsche Patienten nahmen doppelt so häufig wie Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund eine Psychotherapie in Anspruch (Tab. 35/ Sig.: 0,000). Diese Ergebnisse bestätigen bestehende Befunde der Zugangsbarrieren für Migranten (beidseitiger Hintergrund), die tatsächlich etwas mit

kulturellen Ressentiments, mangelnder Information oder sprachlichen Hürden zu tun haben, denn medizinische Maßnahmen werden auch von ihnen gleichermaßen in Anspruch genommen.

Die Verordnung therapeutischer Maßnahmen erfordert jedoch ein stärkeres Maß an Eigeninitiative seitens der Eltern, bei Hausärzten auf die Verordnung zu bestehen und sich anschließend geeignete Fachkräfte zu suchen. Andererseits besteht möglicherweise auch ein größeres Vertrauen in die Medizin und entspricht eher der Heilungsvorstellung, da Beschwerden jeder Art kulturell differierend (wie oben beschrieben) sehr körpernah wahrgenommen werden und damit Gesprächen mit einem deutschen Psychotherapeuten oder funktionstherapeutischen Angeboten wenig Heilungschancen zugeschrieben werden.

Lediglich bei den sozialen Maßnahmen, die oft als Jugendhilfemaßnahmen im Sinne von Einzelfallhilfe, sozialer Gruppenarbeit etc. vergeben werden und speziell für aggressiv-verhaltensauffällige Kinder konzipiert sind, sind männliche Migranten mit beidseitigem Migrationshintergrund stärker vertreten als die übrigen Gruppen (Tab. 36). 47,5% der männlichen Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund haben solch eine Maßnahme in ihrer biographischen Anamnese hinter sich, obwohl sie laut dieser Untersuchung nicht häufiger mit aggressiver Symptomatik eingewiesen werden als die männlichen Vergleichsgruppen (Tab. 37/ $CV=0,059$, d.h. kein Zusammenhang). Soziale Maßnahmen gelten als niedrigschwelligere Angebote und werden daher auch oft auf Initiative der Schulen vergeben. Diese Überlegung bestätigt sich in vorliegender Untersuchung, da soziale Maßnahmen zu 50% in der Gruppe mit beidseitigem Migrationshintergrund zwischen dem 6.-12. Lebensjahr vergeben wurden, im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen, wo das nur zu rund 38% der Fall ist (Tab. 38).

Dennoch sprechen auch die Befunde vorliegender Untersuchung dafür, dass es eine generelle Unterversorgung mit möglichen Interventionen bei Kindern und Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund gibt. Sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen wurden im Vergleich zur deutschen Gruppe doppelt so häufig gar keine Maßnahmen eingeleitet (Tab. 39). Die Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund sind hinsichtlich medizinischer und psychotherapeutischer

Maßnahmen die am besten versorgteste Gruppe (Tab. 34/ 35), was meiner Hypothese nach mit hohen Verunsicherungen innerhalb der Familien und mangelnden innerfamiliären Lösungsstrategien aufgrund der heterogenen Bewältigungsmuster zu tun hat, die deshalb externalisiert werden.

Interessant sind des Weiteren die Befunde zur Genese, die innerhalb der kulturellen Gruppen (einseitig vs. beidseitig) differieren. Bei der deutschen Gruppe werden deutlich häufiger Auffälligkeiten in der frühen Kindheit in allen Altersgruppen angegeben (Tab. 40/ Sig.: 0,031), was sich auch in der Inanspruchnahme funktionstherapeutischer Maßnahmen spiegelt, die in der frühen Kindheit als Therapiemethoden indiziert sind (Tab. 41). In der Gruppe der Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund werden in allen Altersgruppen frühestens ab dem Vorschulalter Auffälligkeiten angegeben (Tab. 40), die jedoch weniger funktionstherapeutisch, sondern vielmehr psychotherapeutisch und medizinisch behandelt werden (vgl. Tab. 41/ Tab. 9/ Tab. 42 jeweils ab 6 Jahre).

In der Gruppe der Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund werden erste Auffälligkeiten vorwiegend erst ab dem Schulalter angegeben (Tab. 40), die dann vorwiegend medizinisch, funktionstherapeutisch, aber auch durch soziale Maßnahmen behandelt werden (Tab. 41/ Tab. 9/ Tab. 38). Die Daten aus vorliegender Untersuchung sprechen dafür, dass hinsichtlich früher Auffälligkeiten, die in der frühen Kindheit meist Entwicklungsauffälligkeiten sind, eine große Diskrepanz zwischen den Angaben der Eltern und den klinischen Befunden innerhalb der beiden Migrantengruppen (einseitig-beidseitig) bestehen.

Besonders bei Patienten mit einseitigem, aber auch beidseitigem Migrationshintergrund werden frühe Auffälligkeiten tendenziell weniger häufig angegeben (Tab. 43) und auch das Einweisungskriterium Entwicklungsauffälligkeiten weist in der Gruppe der 6 bis 12-Jährigen bei diesen beiden Migrantengruppen niedrigere Werte als bei der deutschen Vergleichsgruppe auf (Tab. 44/ Sig.: 0,048). In den symptomanalogen Entlassungsdiagnosen erhöhen sich die Werte jedoch drastisch (Tab. 45/ $CV=0,070$, d.h. es besteht kein kulturabhängiger Zusammenhang mehr wie in Tab. 44). Von den Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund werden 31,5% mit der Diagnose einer Entwicklungsstörung entlassen, bei den Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund immerhin 28,4%. Da sich solche

Auffälligkeiten nicht spontan ergeben, sondern von einer Retardierung seit der Säuglingszeit ausgegangen werden muss, lassen sich unterschiedliche Hypothesen bilden, die diese Ergebnisse erklären.

Da bei den Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund zwar diverse Behandlungsmaßnahmen in der frühen Kindheit in Anspruch genommen wurden, aber deutlich weniger Auffälligkeiten seitens der Eltern beschrieben werden, ist von einer gewissen Schamhaftigkeit auszugehen, die kindliche Auffälligkeiten mit einem persönlichen elterlichen Versagen gleichsetzt, was in einem gemischtkulturellen Familienkonzept (individualistisch-kollektivistisch) möglicherweise weitestgehend negiert wird, da eine äußere kohärente Fassade die inneren Unsicherheiten und vielleicht auch Unstimmigkeiten schützen muss. Dennoch oder gerade deswegen suchen diese Eltern im hohen Maße externe Unterstützung für ihre Kinder (wie oben ausgeführt).

Bei den Familien mit beidseitigem Migrationshintergrund werden einerseits Auffälligkeiten verneint, andererseits auch kaum Behandlungsmaßnahmen in Anspruch genommen, was in dieser Kombination eher für ein grundlegend anderes Verständnis von normierter kindlicher Entwicklung spricht. Im Theorieteil wurde ausgeführt, dass Kinder in kollektivistischen Kulturen als Teil der Gruppe fungieren, in feministischen Kulturen werden Kinder sogar bewusst zur Bescheidenheit erzogen und sollen nicht ständig ihr Können unter Beweis stellen. Diese beiden Aspekte treffen auf die in der Untersuchungspopulation am stärksten vertretenen Migrantengruppen (Türkei/ arabische Länder/ Osteuropa) zu, so dass man sich vorstellen kann, dass an diese Kinder seitens der Familien gar nicht so hohe Leistungs- und Entwicklungsanforderungen gestellt werden wie an Kinder aus individualistischen und maskulin orientierten Kulturen, wo Auffälligkeiten stärker ins Augenmerk der Eltern treten. Insofern ist es fragwürdig, ob es sich in diesen Migrantengruppen tatsächlich um Zugangsbarrieren handelt oder ob nicht vielmehr keine besorgniserregenden Entwicklungen am Kind wahrgenommen werden, die in einer deutschen und damit kulturell individualistisch orientierten Psychiatrie jedoch ganz anders bewertet werden.

Für diese Hypothese spricht die Tatsache, dass Migranten mit ein- und zweiseitigem Hintergrund mit deutlicher Häufung erst im Jugendlichenalter in der Psychiatrie behandelt werden (vgl. Kap. 7.3.). Die Aufnahmesymptome können dabei sehr klar umrissen werden und sind nur bedingt klassische Symptombilder im Sinne deutscher Diagnosekriterien.

Unter den 13 bis 18-jährigen Patienten findet man bei 22% der deutschen Kinder und Jugendlichen das Aufnahmesymptom „dissozial/ delinquent“, bei Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund sind es 27,5% (Tab. 46/ $CV=0,058$, d.h. es besteht kein kultureller Zusammenhang). Die Ergebnisse liefern keine signifikanten Hinweise darauf, dass Migranten (beidseitig) „krimineller“ sind als Deutsche, wie oft durch Medienberichte suggeriert wird. Allerdings wird eine deutlich geschlechtsspezifische Schichtung deutlich. Während sowohl bei deutschen als auch bei Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund von einer Homogenität der Symptomverteilung zwischen Männern und Frauen ausgegangen werden kann, sind es von den Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund zu 30,6% die Männer und nur zu 8% die Frauen, die mit diesem Symptom aufgenommen werden (Tab. 47).

Hinsichtlich des Aufnahmesymptoms „aggressives Verhalten“ ergeben sich jedoch andere Verteilungen. In der Gruppe der 6 bis 12-Jährigen liegt eine homogene Symptomverteilung innerhalb aller Subgruppen hinsichtlich dieses Symptoms vor. Lediglich in der Gruppe der 13 bis 18-Jährigen sind Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund etwas häufiger vertreten als die Vergleichsgruppen (Tab. 48). Auch hier ergibt sich eine geschlechtsspezifische Schichtung.

Jungen weisen nach den Ergebnissen dieser Untersuchung teilweise fast doppelt so häufig aggressive Symptome auf, zwischen den kulturellen Gruppen scheint diese Verteilung stabil zu sein (Tab. 49). Die Befunde zeigen, dass aggressives Verhalten nicht per se ein kulturell geprägtes Merkmal ist, auch nicht hinsichtlich der Geschichtsverteilung. So scheint ganz im Gegenteil die Verteilung des Symptoms im Kindesalter geschlechts- und kulturhomogenen Mustern zu folgen.

Interessant ist jedoch, dass es zum Jugendalter hin einen Bruch gibt, der mit Überforderungssituationen oder Perspektivlosigkeit erklärt werden kann und besonders bei Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund zum Abdriften in dissoziales und delinquentes Verhalten führen kann. Die geschlechtsspezifische

Bildungsverteilung (Tab. 50/ $CV > 0,346$) impliziert deutlich ungünstigere Bildungsbedingungen bei der Patientengruppe der jungen Männer mit beidseitigem Migrationshintergrund: die erhöhte schulische Abbruchquote (Tab. 50) bei dieser Kohorte fördert vermutlich ihre psychische Destabilisierung.

Interessant sind in diesem Zusammenhang die Ergebnisse zum Symptom der „Schulischen Schwierigkeiten“. Hier wurden keine Intelligenzprobleme gewertet, sondern Konzentrationsschwierigkeiten und Sozialverhalten in der Schule und Schwierigkeiten mit Gleichaltrigen. In der Gruppe der 6 bis 12-Jährigen weisen 92,3% der Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund dieses Merkmal auf, während es bei den deutschen Patienten nur 68,2% sind (Tab. 51).

In der Gruppe der 13 bis 18-Jährigen sinken die Werte bei den Patienten mit beidseitigem Hintergrund, was mit der erheblichen Bildungsauslese in diesem Alter zu tun hat und gerade bei den Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund dazu führt, dass nur die relativ leistungsfähigen und vermutlich gut integrierten Schüler weiterhin zur Schule gehen. Die Ergebnisse sprechen weiterhin dafür, dass Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund bereits in der Grundschule erhebliche Schwierigkeiten seitens der Schule zugeschrieben werden, die vermutlich vor allem sprachliche Hürden betreffen, da diese Kinder, wie oben hypothetisch angenommen, sogar tendenziell sehr gruppenfähig sind. Die Tatsache, dass in dieser Patientengruppe (Grundschüler mit beidseitigem Migrationshintergrund) der höchste Anteil derer liegt, die nicht in Deutschland geboren wurde, sondern zugewandert sind (vgl. Tab. 30), erhärtet die Überlegung von vorurteilsbehafteten Generalisierungen und Pauschalisierungen, die lediglich auf sprachliche Hürden zurückzuführen sind.

Auch die Gruppe der Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund zeigt im Alter von 6-12 Jahren (Tab. 51) etwas erhöhte Werte hinsichtlich der Schulschwierigkeiten, und besonders die Jungen liegen mit 48% in ihrer Gruppe über den deutschen männlichen Patienten (Tab. 52). Die Ergebnisse decken sich mit den oben geschilderten Befunden, dass Jungen dieser Kohorte offenbar genau im Grundschulalter erhebliche Auffälligkeiten zeigen (Tab. 10, Sig.: 0,007) und Schwierigkeiten darin haben, Kontakte aufzubauen, weil sie möglicherweise keine eindeutigen kulturell determinierten Strategien für das Bestehen in der Gruppe haben (weder individualistisch noch kollektivistisch orientiert).

Die geschlechtsspezifische Verteilung bestätigt vorhandene Annahmen, dass Jungen im Grundschulalter mehr psychosoziale Schwierigkeiten haben und Mädchen im Adoleszentenalter (Tab. 10).

In der Gruppe der 6 bis 12-Jährigen weisen 76,3% der Jungen (Sig.: 0,00/ CV=0,532) und 60,9% der Mädchen (Sig.: 0,00/ CV= 0,381) schulische Schwierigkeiten im definierten Sinne auf, in der Gruppe der 13 bis 18-Jährigen sind es nur 31,2% der Jungen und 19,2% der Mädchen (Tab. 53).

Für die Gruppe der Jungen mit einseitigem Migrationshintergrund im Grundschulalter lassen sich eine Reihe neurotischer Symptome herausstellen, die in dieser Gruppe gehäuft auftreten und in psychoanalytischen Theorien als Kanalisierung aggressiver Impulse verstanden werden. Auf der Grundlage bisheriger Befunde und Überlegungen zu vorliegender Untersuchung könnte man die Anpassungsanforderungen in gemischtkulturellen Familien (individualistisch-kollektivistisch) als Entwicklungshemmnis für expressive Verhaltensweisen interpretieren, die vor allem bei Jungen im Grundschulalter zu neurotischen Symptombildungen führt.

Ängste im Kindesalter sowie ADHS-Symptome, zu denen die oben beschriebenen Schulschwierigkeiten, aber auch motorische Unruhe zählen, gelten laut Hopf (2007) als Spannungsabfuhr aggressiver ungelebter Impulse (ebd. S. 333). Jungen im Grundschulalter mit einseitigem Migrationshintergrund sind mit deutlicher Häufung mit diesen Symptomen vertreten: 50% der 6 bis 12-Jährigen mit einseitigem Migrationshintergrund werden mit dem Aufnahmesymptom „motorische Unruhe“ in der Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgenommen, damit sind sie weit entfernt von der Gruppe der Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund, in dieser Gruppe besteht das Symptom nur bei 30,8% (Tab. 54).

Entsprechend der geschlechtsspezifischen Prävalenz sind auch hier in der Mehrzahl Jungen vertreten, mit der höchsten Ausprägung von 32,0% in der Gruppe der Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund (Tab. 55). Ähnlich verhält es sich mit der Ausprägung von Angstsymptomen: Sie treten bei den Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund in der Gruppe der 6 bis 12-Jährigen gehäuft auf. 27,8% der Kinder dieser Gruppe zeigen ängstliche Symptome, während es von den deutschen Patienten der Gleichaltrigengruppe nur 19,7% sind (Tab. 56). Relativ randständig als

Symptom in dieser Erhebung, aber dennoch innerhalb des vorgegebenen Interpretationsstranges erwähnenswert, sind die neurotischen Symptombilder Enuresis und Enkopresis, die allgemein vorwiegend im Kindesalter ausgeprägt werden und im psychodynamischen Verständnis das Wechselspiel zwischen Macht und Ohnmacht symbolisieren (vgl. z.B. Schmid-Boß 2007, S. 390). Auch diese treten unter den männlichen Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund mit 12% gegenüber nur 2% bei den Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund auf (Tab. 57).

Ein kulturreistentes Merkmal scheint jedoch die depressive und autoaggressive Verarbeitungsweise von Mädchen und jungen Frauen zu sein. Während ihre nach innen gekehrten Nöte während der Kindheit deutlich seltener symptomatisch sichtbar werden und sie meiner Meinung nach deshalb im Kindesalter äußerlich psychisch „relativ“ stabil wirken, zeigt sich mit Beginn der Adoleszenz die Symptompalette.

Ähnlich wie bei den Jungen mit einseitigem Migrationshintergrund im Kindesalter zeigt sich bei den Mädchen mit einseitigem Migrationshintergrund eine deutliche Häufung im Jugendalter (Tab. 10). Bei den autoaggressiven Verhaltensweisen, zu denen selbstverletzendes und selbstschädigendes Verhalten gezählt wurde, zeigt sich in der Gruppe der 13 bis 18-jährigen Patienten ein interessantes Bild.

Auf 17,9% der deutschen Patienten trifft dieses Symptom im Vergleich zu 27,3% in der Gruppe der Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund zu. Bei den Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund sind es nur 5,9% (Tab. 58/ Sig.: 0,028).

Die geschlechtsspezifische Prävalenz (Tab. 59/ Sig.: 0,044) zeigt bei den männlichen Patienten aller Gruppen ein relativ homogenes Bild um ca. 12% in den einzelnen Gruppen, bei den Mädchen liegen die Werte jedoch deutlich höher. Von den Patientinnen mit einseitigem Migrationshintergrund kommen 31% mit diesem Aufnahmesymptom, von den deutschen Patientinnen sind es 22,1% und von denen mit beidseitigem Hintergrund nur 4%.

Die Daten weisen auf deutlich kulturdeterminierte Ausdrucksrepertoires hin, Selbstverletzung scheint bei Patientinnen mit beidseitigem Migrationshintergrund ein Tabuthema zu sein und passt zu den Befunden der Symptome gestörten

Essverhaltens, welches ebenfalls als selbstdestruktiv einzuordnen ist. Nach den Befunden dieser Untersuchung sind Essstörungen ein nahezu „deutsches“ Phänomen (Sig.: 0,000), was in Anbetracht bestehender Untersuchungen, die diese Störungsbilder als Determinanten „westlicher Kulturen“ beschreiben, evident ist (z.B. Offermann 2001, S. 195/ Steinhausen 2005, S. 4). In der Terminologie vorliegender Arbeit verstehe ich „westliche“ unter dem Aspekt „individualistischer“ Kulturen mit dem Aspekt kulturell „maskuliner“ Strategien. Die Fokussierung auf das Individuum und seine Funktionalität und Leistungsfähigkeit als Einzelperson implizieren wesentliche Erklärungsstränge für die Entstehung von Essstörungen.

Dieses Störungsbild ist nur sehr randständig bei Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund in vorliegender Studie zu lokalisieren, aber gar nicht bei Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund.

Es gibt weiterhin eine deutlich geschlechtsspezifische Prävalenz (Sig.: 0,002): 29,1% der deutschen Patientinnen der Stichprobe leiden darunter, in den übrigen Gruppen sind die Zahlen schwindend gering (Tab. 60).

Zu den autodestruktiven Verhaltensweisen zählt auch Suchtverhalten, was in dieser Studie unter dem Item „Alkohol und Drogenabusus“ subsumiert wurde. Auch hier zeigt sich ein deutlich kultur- und geschlechtsspezifisches Bild. In der Gruppe der 13 bis 18-Jährigen sind 35,2% der deutschen Patienten mit diesem Symptom aufgenommen worden, bei den Patienten mit ein- und beidseitigem Migrationshintergrund sind es nur 21,6% (Tab. 61). Diese Ergebnisse decken sich mit den Befunden von Boos-Nünning/ Siefen (2005), die herausarbeiten konnten, dass Alkoholabusus unter Migrantenjugendlichen deutlich seltener verbreitet ist und sich vor allem bei den Jugendlichen mit türkischem Hintergrund und moslemischer Grundhaltung mit deren kulturellen Vorstellungen nicht vereinbaren lässt (ebd. S. 204).

Geradezu beweiskräftig scheinen vor diesem Hintergrund die Daten, dass in vorliegender Untersuchung immerhin rund 20% der jungen Männer und Frauen betroffen sind, die möglicherweise genau über diesen Bruch mit ihren religiös-kulturellen Normen provozieren.

Eine Gleichverteilung zwischen den Geschlechtern ergibt sich auch bei den Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund. Bei den deutschen Patienten sind

vorwiegend junge Frauen von diesen Suchtverhaltensweisen betroffen, was als Teil autodestruktiver weiblicher Verarbeitungsweisen interpretiert werden kann, von den deutschen Männern sind es hingegen nur 15,4% (Tab. 62). Dennoch sind die quantitativen Daten zur Verteilung von Suchterkrankungen mit dem Wissen zu interpretieren, dass die Erhebungsklinik eine berlinweit einmalige kinder- und jugendpsychiatrische Spezialstation zur Entziehung und Entgiftung von Drogen- und Alkohol-Intoxikationen sowie Behandlung von Abhängigkeitssyndromen hat.

Aus der Erwachsenenpsychiatrieforschung ist bekannt, dass Depressionen geschlechtsspezifische Prävalenzen aufweisen und bei Migranten gehäuft vorkommen (vgl. Kap. 5.2.1). Die Befunde vorliegender Untersuchung können diese Ergebnisse nur bedingt bestätigen.

Von den Kindern, die zwischen dem 6.-12. Lebensjahr stationär behandelt wurden, werden immerhin 25,8% der deutschen Kinder mit dem Symptom „depressiv“ aufgenommen, bei Patienten mit ein- und zweiseitigem Migrationshintergrund tritt dieses Symptom nur äußerst selten auf (Tab. 63). Interessanterweise treten ebenfalls bei 25,8% (Tab. 64) der deutschen Patienten in dieser Altersgruppe somatische Beschwerden auf, so dass von einer Korrelation ausgegangen werden kann.

Bei den Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund dieser Altersgruppe werden somatische Beschwerden zu 27,8% bei der Aufnahme angegeben, bei den Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund sind es 23,1%. Die Vermutung liegt nahe, dass es sich bei allen drei Gruppen um dieselbe Komorbidität handelt, bei den beiden Migrantengruppen die Diagnose „depressiv“ aber zurückhaltender verwandt wird.

Es ist denkbar, dass bei deutschen Patienten auf Grund umfangreicherer Vordiagnostik gezielter mit psychiatrischen Diagnosekategorien operiert werden kann und auch seitens der Eltern ein spezifischeres Vorwissen besteht. In der Altersgruppe der 12 bis 18-Jährigen wandelt sich das Bild: 33,3% der deutschen, 36,4% der Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund und 27,5% der Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund gelten hier als depressiv (Tab. 63). Die somatischen Beschwerden werden bei den Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund ebenfalls mit 27,5% angegeben, bei den Patienten mit

einseitigem Migrationshintergrund sind es 27,3, bei den deutschen nur 16,3% (Tab. 64).

Mit den Vorüberlegungen zur Operation mit dem Depressivitätsbegriff wäre hier zu überlegen, ob bei beidseitigen Migranten eine semantische Übereinstimmung zwischen somatischen und depressiven Beschwerden besteht, die auf ein kulturinhärentes Ganzkörperkonzept zurückgeht, oder ob diese Übereinstimmungen auf Zuschreibungen des aufnehmenden Personals basieren. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass somatische Beschwerden im Kindesalter bei den beiden Migrantengruppen (ein- und beidseitig) seltener als depressive Symptome verstanden werden, im Jugendalter jedoch häufiger als solche kodiert werden.

Die Gender-Verteilung ergibt bei den depressiven Symptomen eine geschlechtsspezifische Prävalenz, die jedoch bei den Männern kulturell (im hier definierten Sinne) variiert (Tab. 66). In allen Gruppen ist die Verteilung des Symptoms „depressiv“ bei den Frauen homogen bei ca. 32%, bei den Männern weist jedoch die deutsche Gruppe mit 27,2% (Tab. 66) in ihrer Gruppe die höchsten Depressivitätswerte auf, während es bei den Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund nur 20% sind und bei den Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund nur 16,3%, somatische Beschwerden sind jedoch in den drei Männersubgruppen homogen um 20% verteilt (Tab. 65).

Dieser Fakt spricht dafür, dass bei männlichen Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund somatische Beschwerden seltener mit depressiver Symptomatik in Verbindung gebracht werden als bei den Männern der Vergleichsgruppen und als bei Frauen, was für deutlich kulturell- und geschlechtsstereotype Vorstellungen in den Köpfen der Behandler, vermutlich auch der Patienten selber spricht.

Patientinnen mit einseitigem Migrationshintergrund weisen zu 34,5% somatische Beschwerden auf, bei den Patientinnen mit beidseitigem Hintergrund sind es 24,0% und bei den deutschen Patientinnen sogar nur 17,4% (Tab. 63). Die Zahlen bestätigen, dass Jugendliche und speziell junge Frauen klassische Risikogruppen für depressive Symptome sind, diese jedoch keine eindeutige kulturelle Prävalenz haben. Deutlich aussagekräftiger scheinen die Ergebnisse zu somatischen Beschwerden zu sein, die besonders für die Gruppe der Migranten eine höhere

Aussagekraft hinsichtlich depressiver Symptome in allen Alters- und beiden Geschlechtergruppen haben.

Hier scheinen besonders junge Frauen mit einseitigem Migrationshintergrund gefährdet zu sein, was sich mit den Überlegungen deckt, dass diese Gruppe ein möglicherweise geringes verbalisierbares und mentalisierungsbasiertes Ausdrucksrepertoire für psychische Befindlichkeiten hat, so dass Konflikte in den Körper verlagert werden und zu somatischen Beschwerden führen.

Auch die Ergebnisse zu suizidalen Aufnahmesymptomen bestätigen diese Hypothese der mangelnden Ausdrucksfähigkeit, so dass in letzter Konsequenz über den beabsichtigten Suizid Signale gesetzt werden:

42,4% (Sig.: 0,002/ CV=0,472) der Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund in der Altersgruppe der 13 bis 18-Jährigen haben bei Aufnahme in der Kinder- und Jugendpsychiatrie einen Suizidversuch oder wenigstens suizidale Absichten gehabt, von den Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund sind es 37,2% und von den deutschen Patienten 34,1% (Tab. 67), wodurch sich Signifikanzen hinsichtlich eines migrationsspezifischen Symptomrepertoires ergeben.

Bezüglich der geschlechtsspezifischen Verteilung ergibt sich ebenfalls ein aussagekräftiges Bild, das einerseits die in der Literatur beschriebene Geschlechterprävalenz bestätigt und andererseits kulturelle Unterschiede verdeutlicht. Bei den deutschen Patienten sowie Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund werden ca. 38% der Frauen mit suizidalen Absichten aufgenommen, von den Männern sind es in beiden Gruppen ca. 12-14%. In der Gruppe der Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund sind es unter den männlichen Patienten nur 10,2%, bei den weiblichen Patientinnen hingegen 60% (Tab. 68/ Sig.: 0,00/ CV=0,530).

In Kombination mit den unrelationalen Ausprägungen von depressiver Symptomatik (Tab. 66) in der Gruppe der Frauen mit beidseitigem Migrationshintergrund muss überlegt werden, inwiefern sich weniger psychiatrisch schwerwiegende und chronifizierte Störungsbilder hinter den suizidalen Absichten verbergen, sondern diese in einigen Fällen möglicherweise auch kulturell exaltierten Appellcharakter

haben. Die Befunde zur klinischen Verweildauer, worauf im folgenden Kapitel noch eingegangen wird, bestätigen diese Hypothese.

50% der Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund, die mit suizidalen Absichten in die Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgenommen wurden, werden nach kurzer Krisenintervention entlassen, in den beiden anderen Gruppen ist das nur zu ca. 20% der Fall (Tab. 69).

Generell zeigt sich jedoch auch die Tendenz, dass vor allem bei Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund erst bei einer besorgniserregenden Akuität der Symptomatik, wie sie sich beispielsweise in suizidalen Absichten manifestiert, ein Klinikaufenthalt zustande kommt.

Während deutsche Patienten, aber auch Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund häufig vorherige Klinikaufenthalte hinter sich haben, wird bei Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund deutlich, dass diese deutlich seltener schon bei prodromaler Symptomatik behandelt wurden. Der Schweregrad beschriebener Aufnahmesymptome in allen Gruppen spricht dafür, dass es schon in der Genese behandlungsbedürftige Auffälligkeiten gegeben haben muss, die aber vermutlich über einen längeren Zeitraum innerfamiliär aufgefangen werden konnten oder- wie oben bei den Entwicklungsauffälligkeiten hypothetisch beschrieben - als nicht behandlungsbedürftig angesehen wurden.

Nur 16% der weiblichen und 20,4% der männlichen Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund haben einen vorhergehenden psychiatrischen Aufenthalt hinter sich, bei den Frauen mit einseitigem Migrationshintergrund sind es immerhin 37,9%, bei den Männern mit einseitigem Migrationshintergrund 28%.

Die Inanspruchnahme einer psychiatrischen Hilfe erfolgte hingegen bei 30,1% der deutschen Männer und 39,5% der deutschen Frauen (Tab. 70). Die geschlechtsspezifischen Befunde erhärten die Hypothese, dass vor allem junge Frauen mit beidseitigem Migrationshintergrund zu drastischen Hilferufen wie Suizidversuchen übergehen müssen, doch auch für männliche Migranten mit beidseitigem Hintergrund lassen sich Hinweise für die Akuitätshypothese finden.

Auch wenn die Daten für psychotische Symptome, die im Akutzustand eine psychiatrische Behandlung unabdingbar machen, auf Grund der geringen Anzahl von

Patienten zu schwach sind, um Signifikanzen ableiten zu können, lassen sich doch Tendenzen darstellen. Das Vorkommen von Psychosen ist im Kindesalter gering, steigt aber mit dem 15. Lebensjahr rapide an. Ätiologisch vermutet man in psychoanalytischen Theorien Fixierungen in frühen Entwicklungsstadien, die infolge einer instabilen Mutter-Kind-Beziehung nicht bewältigt und aufgelöst werden konnten (Günther 2007). Besonders männliche Jugendliche sind betroffen, was für eine unlösbare Symbiose zwischen Mutter und Sohn spricht (vgl. Seiffge-Krenke 2007). Die Befunde vorliegender Untersuchung zeigen, dass 22,4% der männlichen Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund (Sig.: 0,001) auf Grund psychotischer Symptomatik eingewiesen werden (Tab. 71/ Sig.: 0,007).

Während nur 8,9% der deutschen 13 bis 18-Jährigen psychotische Symptome bei der Aufnahme zeigen, sind es bei den Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund 15,7% (Tab. 72). Geht man davon aus, dass spätestens mit der Adoleszenz eine Nichtauflösung der symbiotischen Beziehung zur Mutter zu schweren Symptomen führen kann, so verstärkt sich dieses Problem besonders bei jungen Männern, die bei einer alleinerziehenden Mutter aufwachsen, der sie sich wie oben beschrieben aus kulturell determinierten Loyalitäten heraus weiter verpflichtet fühlen. Diese Hypothese trifft bei immerhin 44% der psychotisch erkrankten Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund zu, während es bei den deutschen nur 33,3% sind (Tab. 73).

Überlegungen zu frühen Störungen in der Mutter-Kind-Interaktion lassen sich auch innerhalb dieser Studie tendenziell ableiten, wenn man davon ausgeht, dass die frühe Mutter-Kind-Beziehung möglicherweise durch die schwierige Situation, ein Kind in einem fremden Land zu gebären und aufzuziehen, mit erheblichen Schwierigkeiten seitens der Mutter verbunden ist, zumal ihr eigenes psychisches Gleichgewicht infolge der Migration leidet und oft auch das gewohnte soziale Netzwerk fehlt, wie oben mehrfach erwähnt.

63,6% der psychotischen Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund (Tab. 74/ Signifikanz 0,025) sind in Deutschland geboren und haben möglicherweise ähnliche frühe Erfahrungen gemacht. Hingegen scheinen die erst in der späteren Kindheit migrierten Patienten -mit Einwänden- resilienter gegenüber dieser Symptomausprägung zu sein. Gleichzeitig muss an dieser Stelle aber auch an

bestehende Studien erinnert werden, die eine Fehldiagnostizierung psychotischer Symptome infolge kultureller Missverständnisse herausarbeiteten (Assion 2005, S. 140, Wohlfart et al 2006, S. 155).

9.3. Eigene Befunde zur psychiatrischen Versorgung

In den vorigen Kapiteln wurden kulturelle und migratorische Aspekte hinsichtlich ihrer ätiologischen Faktoren und ihrer Auswirkungen auf die Genese spezifiziert. In diesem Kapitel wird es nun abschließend um die Besonderheiten in der psychiatrischen Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund gehen, um Hinweise über die Akzeptanz und Heilungschancen deutscher Psychiatrien bei Patienten mit Migrationshintergrund zu erarbeiten, aber auch, um die in der Literatur erhärteten Hinweise zu kulturell bedingten Missverständigungen und Fehlinterpretationen zu überprüfen.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie, in der die Forschung erfolgte, ist neben den vollstationären Versorgungsangeboten auch mit einer Tagesklinik für alle Altersgruppen ausgestattet, die ein alternatives niedrigschwelligeres Angebot für weniger akute Störungsbilder bietet, allerdings auch auf eine kooperierende Elternarbeit angewiesen ist, da die Patienten über Nacht und am Wochenende zu Hause sind.

Die Befunde aus vorliegender Untersuchung zeigen, dass die Rezeption dieses Angebotes vor allem bei Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund deutlich schwächer ausgeprägt ist. Nur 20,4% der männlichen Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund werden tagesklinisch versorgt, bei den weiblichen Patientinnen dieser Gruppe sind es nur 12%. Bei den deutschen Patienten liegt die Inanspruchnahme bei den männlichen Patienten bei 41,9%, im Vergleich zu 31,0% bei den weiblichen Patientinnen. Die männlichen Patienten der Gruppe mit einseitigem Migrationshintergrund ähneln mit 40% eher den deutschen Patienten, die weiblichen Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund mit 10,3% den Patientinnen mit beidseitigem Hintergrund.

Dementsprechend werden die übrigen Patienten der Subgruppen jeweils vollstationär behandelt (Tab. 75/ Sig.: 0,026). Die Altersverteilung gibt Hinweise auf die unterschiedlichen Inanspruchnahmepopulationen. In der Gruppe der 0 bis 6-

Jährigen sind 77,4% der tagesklinisch behandelten Patienten Deutsche, 9,7% Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund und 12,9% mit beidseitigem Migrationshintergrund. Während in der Gruppe der 6 bis 12-Jährigen von einer relativ homogenen Verteilung der Subgruppen zwischen Tagesklinik und vollstationärer Behandlung ausgegangen werden kann, ergibt sich in der Gruppe der 13 bis 18-Jährigen eine deutliche Diskrepanz (Tab. 76/ Sig.: 0,007). In dieser Gruppe werden nur noch 2% der Patienten mit beidseitigem Hintergrund in der Tagesklinik aufgenommen und 6,1% Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund, während es von den deutschen Patienten immerhin noch 17,9% sind.

Die Datenverteilung bestätigt die Hypothese akuterer Störungsbilder bei Patienten mit Migrationshintergrund im Jugendalter, jedoch nicht eine geringere Kooperationsbereitschaft seitens der Eltern. So zeigen die Ergebnisse sogar eine deutlich geringere Abbruchquote seitens Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund gegenüber deutschen Patienten, wenn sie in der Tagesklinik behandelt werden, so dass von einer guten elterlichen Compliance ausgegangen werden kann (Tab. 77/ Sig.: 0,044/ CV=0,391). Es spricht viel dafür, dass Migranten eben nicht die niedrigschwelligeren Angebote nutzen, sondern erst mit einer deutlichen Akuität eingewiesen werden, was oft einen vollstationären Aufenthalt notwendig macht und eine Einweisung seitens der Eltern auch gleichzeitig einen autonomiebedingten Bruch mit diesen bedeuten kann.

Eine psychiatrische Behandlung im Kleinkindalter basiert oft auf Freiwilligkeit in der Tagesklinik, wie oben beschrieben akzeptieren viele deutsche Eltern diese Einrichtung und suchen sich dort Unterstützung oder reagieren auf die Hinweise der Kindertagesstätten. So weisen 50% der deutschen Patienten-Eltern ihre Kleinkinder auf Eigeninitiative ein (Tab. 78) und etwa dieselbe Anzahl auf Empfehlung der Kita (Tab. 79). Bei den Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund sind die Klinikaufnahmen zu 60% durch die Kindertagesstätte initiiert, deutlich weniger kommen auf Eigeninitiative der Eltern.

Im Grundschulalter ist davon auszugehen, dass Auffälligkeiten deutlicher zu Tage treten, die sich vor allem im schulischen Leistungsversagen manifestieren und bei Eltern aller Gruppen eine Suche nach Hilfsangeboten auslösen. Diese Überlegungen lassen sich auch mit Hilfe der gewonnenen Daten belegen, denn in keiner

Altersgruppe werden so viele Kinder auf Elterninitiative psychiatrisch vorgestellt wie in diesem Alter (Tab. 80/ Sig.: 0,00). Die Freiwilligkeit und die meistens geringere Akuität ermöglichen in den meisten Fällen auch eine tagesklinische Versorgung, so dass in dieser Altersgruppe rund 50% (Tab. 76/ Gruppe der 6 bis 12-Jährigen) aller Kinder dort behandelt werden.

Die meisten Aufnahmen erfolgen in dieser Altersgruppe über die klinikinterne Ambulanz, in der Eltern ihre Kinder oft auf Anraten der Schule oder aus eigener Besorgnis vorstellen (Tab. 81).

In der Gruppe der Jugendlichen erfolgen lediglich unter den deutschen Patienten noch nennenswerte Aufnahmen in der Tagesklinik, die meisten der psychiatrisch versorgten Patienten werden vollstationär behandelt. Bei den Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund sind es 93,9% dieser Altersgruppe, bei den Patienten mit beidseitigem Hintergrund sogar 98% (Tab. 76/ Sig.: 0,007).

Bei den Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund zeigt sich zudem eine geschlechtsspezifische Differenz, junge Männer werden zu 60% vollstationär versorgt, junge Frauen sind mit 89,7% in ihrer Gruppe vertreten, bei den Patienten mit beidseitigem Hintergrund ist das Geschlechterverhältnis etwas ausgeglichener (Tab. 75)⁷.

Die Daten zeigen, dass von den beiden Migrantengruppen nur noch rund 25% dieser Altersgruppe von den Eltern eingewiesen werden (Tab. 78/ Sig.: 0,002). Bei den jungen Frauen aus Familien mit beidseitigem Migrationshintergrund erfolgt die Einweisung meist über eine Notaufnahme (Tab. 82/ Sig.: 0,030), das heißt nächtliche Vorstellung oder eine Vorstellung am Wochenende in einer anderen Klinik, von wo aus eine Überweisung in die Psychiatrie erfolgt. Junge Frauen mit einseitigem Migrationshintergrund werden hingegen in der Mehrzahl durch einen Arzt eingewiesen (Tab. 83).

Die Befunde können als ein erhöhtes Vertrauen seitens der Migrantengruppen in medizinische Behandlungen interpretiert werden, leiten sich aber auch aus den spezifischen Störungsbildern ab, bei denen ein Aufsuchen von Ärzten und Kliniken in den vorliegenden Fällen tatsächlich obsolet zu sein scheint. Die Daten decken sich

⁷ Die beschriebene Verteilung folgt meiner impliziten Annahme über den Zusammenhang von Geschlechter-/ Alters-/ Kultureller- und Stations- Verteilung, eine vierdimensionale Kreuztabelle war nicht auswertbar.

mit den obigen Befunden, dass bei jungen Frauen aus gemischtkulturellen Familien meist chronifizierte Krankheitsverläufe mit depressiver oder Somatisierungssymptomatik eine psychiatrische Abklärung erforderlich machen, während bei Patientinnen mit beidseitigem Migrationshintergrund oft eine plötzlich auftretende Akuität in Form suizidaler Handlungen eine schnelle Einweisung erforderlich macht.

Bei den jungen Männern zeigt sich ein anderes Bild (Tab. 84): von denen, die über die Kategorie „Sonstige“ eingewiesen werden, sind es zu 66,7% überproportional viele junge Männer mit einseitigem Migrationshintergrund, die auf Initiative von Jugendhilfemaßnahmen psychiatrisch eingewiesen werden, während bei jungen Männern mit beidseitigem Migrationshintergrund in 46,2% der Fälle die Polizei einweisende Funktion hat. Auch diese Daten bestätigen obige Befunde, dass Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund relativ umfassend mit sozialpsychologischen Hilfemaßnahmen unterstützt werden und es in dieser Gruppe keine Zugangsschwierigkeiten gibt, sehr wohl aber chronische und manifestierte Symptomatiken, die geschlechtsuntypisch bei den jungen Männern mit einseitigem Migrationshintergrund weniger aggressiven Ausdruckscharakter haben, sondern unter Umständen eher dem depressiven Symptombild der jungen Frauen gleicht. Junge Männer mit beidseitigem Migrationshintergrund hingegen scheinen eher rollenimmanentes aggressives oder dissoziales Verhalten zu zeigen (Tab. 47) und gleichzeitig vor allem im Jugendalter deutlich seltener unterstützende Maßnahmen zu erhalten (Tab. 39), so dass möglicherweise überproportional häufig eine Einweisung durch die Polizei infolge delinquenter Handlungen erfolgt.

Die eben beschriebenen Einweisungsmodalitäten erklären auch die Form der psychiatrischen Unterbringung. Männliche Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund werden zu 51,3% in der geschlossenen psychiatrischen Abteilung untergebracht, während es bei deutschen Patienten 30,4% und bei Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund nur 20% sind (Tab. 85/ Sig.: 0,035).

Von den jungen Frauen mit beidseitigem Migrationshintergrund (Sig.: 0,031) werden sogar 68,2% geschlossen untergebracht, im Vergleich zu 34,6% der Patientinnen mit einseitigem Migrationshintergrund und 38,3% der deutschen Patientinnen. Die

geschlechtsspezifische weibliche Prävalenz bei der geschlossenen Unterbringung ist durch das hohe Maß an Eigengefährdung zu erklären, das im weiblichen Symptomrepertoire stärker ausgeprägt ist.

Die bei den männlichen Patienten potentiell überwiegende Fremdgefährdung, die eine geschlossene Unterbringung unabdingbar macht, ist in dieser Untersuchung nicht vollständig erfasst, da die forensische Abteilung der Klinik nicht eruiert werden konnte. Der geringere Anteil von Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund in der geschlossenen Abteilung, trotz ähnlicher Symptomatik vor allem bei den jungen Frauen, ist durch die Bandbreite und Inanspruchnahme diverser Maßnahmen im Vorfeld zu erklären, die eine elektive Aufnahme in die Psychiatrie möglich machen.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen lässt sich die prozentuale Überrepräsentation von Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund in der offenen Abteilung interpretieren, 61,3% dieser Patienten im Jugendlichenalter werden psychiatrisch dort versorgt, während es bei den deutschen Patienten 54,5% und bei den Patienten mit beidseitigem Hintergrund nur 36,0% sind (Tab. 86/ Sig.: 0,043 in der Gruppe 13 -18 Jahre).

In der Altersgruppe der jungen Erwachsenen über 18 Jahre werden nur noch 14,3% der deutschen Patienten geschlossen untergebracht, während Patienten mit beidseitigem Hintergrund weiterhin bei 75% liegen (Tab. 86). Die Ergebnisse lassen sich weiterhin durch die Befunde der Zwangsunterbringung und der Unabweisbarkeit erhärten. In akuten Fällen muss eine psychiatrische Versorgung erfolgen, auch wenn keine elektive Versorgung möglich ist, andererseits kann eine Unterbringung auch gegen den Willen des Patienten erfolgen, sofern eine massive Eigen- oder Fremdgefährdung nicht ausgeschlossen werden kann. Entsprechend der obigen Daten mussten 59,2% der männlichen Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund per Unabweisbarkeitsmodus aufgenommen werden, während es bei den deutschen Patienten nur 22,1% und bei den Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund 36,0% waren (Sig.: 0,00/ CV =0,330).

Von den Patientinnen mit beidseitigem Migrationshintergrund mussten sogar insgesamt 76,0% aufgenommen werden, während die Daten der Vergleichsgruppen um 45% schwanken (Tab. 87/ Sig.: 0,023).

Erwartungsgemäß treten diese Fälle vorwiegend im Jugendalter auf (Tab. 88/ Sig.: 0,00/ CV=0,296), wobei auch 23,1% der Kinder mit beidseitigem

Migrationshintergrund zwischen dem 6.-12. Lebensjahr nicht abgewiesen werden konnten, was für die generelle Akuitätshypothese spricht. Auch eine Zwangsunterbringung gegen den Willen der Patienten erfolgt vorwiegend im Jugendalter und hauptsächlich bei Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund (Tab. 89/ Sig.: 0,010): 32,7% dieser männlichen und 36% dieser weiblichen Patientinnen wurden nach BGB zwangsuntergebracht, in den übrigen Gruppen liegen die Werte deutlich darunter, wobei die Zwangseinweisungen bei den Frauen aus oben beschriebenen Gründen generell über den Werten der jungen Männer liegen (Tab. 90/ Sig.: 0,00/ CV=0,313).

Vor allem in der Gruppe der 13 bis 18-Jährigen werden fast 50% der Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund zwangsuntergebracht (Tab. 89), was erhebliche Ressentiments gegen die psychiatrische Versorgung mit sich bringt und die Heilungschancen verschlechtert.

Diese mangelhafte Compliance zeigt sich vor allem in der erhöhten Abbruchquote der psychiatrischen Behandlung durch die Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund.

Von den nach BGB zwangsunterbrachten Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund brechen 32% den Klinikaufenthalt frühzeitig ab, bei den Patienten mit einseitigem Hintergrund sind es 10%, bei den deutschen Patienten nur 3,8% derjenigen, die zunächst unfreiwillig eingewiesen wurden (Tab. 91).

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass die Abbruchquote bei den Mädchen höher ist als bei den Jungen (Tab. 92/ Sig.: 0,002) und in der Gruppe der Jugendlichen zwischen 13-18 Jahren (Tab. 93/ Sig.: 0,014), aber auch in der Gruppe der jungen Erwachsenen Höchstwerte erreicht.

Diese Ergebnisse decken sich mit den Tendenzen der BGB-Unterbringung und geben weitere Hinweise auf die Abbruchkausalitäten. So ist die Abbruchquote unter den Patienten mit beidseitigem Hintergrund am höchsten. Während sie bei den weiblichen Patientinnen der beiden anderen Gruppen um ca. 10% liegt, steigt sie in der besagten Migrantengruppe auf 28% an, in der Gruppe der männlichen Patienten steigt sie auf 24,5% im Gegensatz zu 8% bei den männlichen Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund und 6,6% bei den deutschen Patienten (Tab. 92). In der Gruppe der Jugendlichen liegt die Abbruchquote bei den Patienten mit

beidseitigem Migrationshintergrund (Tab. 93) mehr als doppelt so hoch wie bei den altersentsprechenden Vergleichsgruppen.

Interessanterweise zeigen sich keinerlei Abbrüche der klinischen Behandlung bis zum 12. Lebensjahr, so dass durchaus davon ausgegangen werden kann, dass zumindest für dieses Alter eine elterliche Compliance besteht. Gleichzeitig muss jedoch auch bedacht werden, dass während der Behandlungen im Kindesalter auch eine stärkere Einbindung der Eltern und professionelle Elternarbeit erfolgt, die im Jugendalter oft von den Patienten sabotiert wird und teilweise nur noch bedingt möglich ist, so dass ein elterninitiiertem Klinikabbruch durchaus auch dogmatische Hintergründe der Nichtakzeptanz psychischen Leides ihrer Kinder oder auch einer psychiatrischen Versorgung haben kann. Aus konzeptionellen Gründen wurden in bestehender Untersuchung die Abbruchgründe nicht statistisch auswertbar eruiert, rechtlich und interpretatorisch relevant ist jedoch die Tatsache, dass der Klinikabbruch, aus welchen Gründen auch immer, bei minderjährigen Patienten der elterlichen Zustimmung bedarf, sofern diese die elterliche Sorge haben.

Die Durchsicht der Akten ergab eine tendenzielle Häufung von elterninitiierten Abbrüchen bei jungen Migrantinnen mit beidseitigem Migrationshintergrund. Diese Hypothese lässt sich durch die erhöhte Abbruchquote bei Patienten erhärten, die akut über die Notaufnahme einer anderen Klinik eingewiesen wurden. Wie oben dargestellt, sind es vor allem junge Frauen mit Migrationshintergrund, die über diesen Weg den Zugang zur psychiatrischen Versorgung finden. 46,7% der Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund, die über diese Notversorgung aufgenommen werden, brechen den Aufenthalt kurzfristig wieder ab (Tab. 94/ Sig.: 0,037).

Auf der Interpretationsgrundlage bisheriger Daten kann sowohl davon ausgegangen werden, dass mit den selbstgefährdenden oder eskalativen Verhaltensweisen junger Frauen, die solch eine Notunterbringung unabdingbar machen, entweder das Ziel erreicht wurde, auf die eigene Not aufmerksam zu machen und nach möglichen Zugeständnissen seitens der Eltern keine Notwendigkeit einer psychiatrischen Behandlung für die Jugendlichen mehr besteht, weswegen diese einen Abbruch forcieren, andererseits ist es auch denkbar, dass durch die Tatsache der Notwendigkeit einer psychiatrischen Versorgung eines Kindes gerade bei

Elternpaaren, bei denen beide Migrationshintergrund haben, massive Versagensgefühle ausgelöst werden, die mit erheblicher Schamhaftigkeit besetzt sind, weswegen ein Klinikaufenthalt nicht akzeptiert werden kann. Schlussendlich muss festgehalten werden, dass bei den minderjährigen Patienten, um die es in dieser Stichprobe geht, in jedem Fall eine elterliche Zustimmung erforderlich ist, die bei Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund offenbar überproportional häufig gegeben wird und letztlich vermutlich doch mit einem mangelnden Vertrauen in deutsche Psychiatrien und gleichzeitig erhöhtem Vertrauen in die eigenen familiären Ressourcen verbunden ist.

Bei der Gruppe derjenigen, die durch Polizei, Feuerwehr, Jugendamt etc. eingewiesen wurden, ist ebenfalls in der Gruppe der Patienten mit beidseitigem Hintergrund eine erhöhte Abbruchquote zu verzeichnen, diese liegt bei 26,3%, jedoch nur bei 7,7% der Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund und bei 13,3% der deutschen Patienten (Tab. 95).

Wie oben ausgeführt, handelt es sich bei den Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund meist um elektive und freiwillige Aufnahmen, so dass von einer guten Compliance ausgegangen werden kann, wodurch sich die geringe Abbruchquote erklärt. Bei den Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund sind es vor allem männliche Patienten (Sig.: 0,013), die durch die Kategorie „Sonstige“ eingewiesen werden, was in den besagten Fällen meist polizeiliche Unterbringungen sind (Tab. 96/ 84). Auch bei ihnen scheint die unfreiwillige Unterbringung erhöhte Abbruchkonsequenzen zu haben (Tab. 95). Da es sich in 57,9% der Fälle um dissoziale Verhaltensweisen handelt, die bei Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund eine Einweisung durch Sonstige (v.a. Polizei) bedingt, im Vergleich zu den beiden anderen Subgruppen, wo diese Korrelation nur bei 30% der Fälle zutrifft, wäre zu überlegen, ob diese Verhaltensausprägung einer kulturinhärenten Akzeptanz solcher Handlungsweisen folgt, da auch hier wieder elterliche Zustimmungen erforderlich sind, um den Klinikaufenthalt abubrechen (Tab. 97).

Wahrscheinlicher ist hier jedoch das elterliche Misstrauen in die Sinnhaftigkeit einer psychiatrischen Intervention, da besonders in diesen Fällen davon ausgegangen

wird, dass kulturdeterminierte Konzepte der Erhöhung innerfamiliärer Kohäsion bei gleichzeitiger Verstärkung der Strenge in der Erziehung (Scheper et al. 2005, S. 128) mehr Wirkung zeigen. Problematisch ist daran jedoch zu werten, dass gerade bei den Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund und dissozialer Symptomatik überproportional häufig keine intakte Familiensituation mehr besteht, die dieses Verhalten auffangen könnte (Tab. 98).

Damit ergeben sich indirekt auch ätiologische Hinweise auf die erhöhte Ausprägung dissozialer Verhaltensweisen bei männlichen Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund.

Väterliche Strenge scheint vor allem für Jungen mit beidseitigem Migrationshintergrund ein haltgebendes und orientierungsgebendes Erziehungselement zu sein. Die oben dargestellten Befunde zu den kulturabhängigen Ausprägungsgraden von psychischen Auffälligkeiten lassen sich weiterhin durch die statistischen Ergebnisse der Dauer des Klinikaufenthaltes erhärten. So ergeben sich aus den Daten, in Abhängigkeit der hier vorgenommenen kulturellen Differenzierung, Geschlechterdifferenzen (Tab. 99/ Sig.: 0,006 (männlich)/ Sig.: 0,012 (weiblich)).

Während sowohl junge Frauen mit einseitigem Migrationshintergrund als auch deutsche Frauen in der Mehrzahl 1-3 Monate stationär behandelt werden, sind es bei den jungen Frauen mit beidseitigem Migrationshintergrund nur 20%, die über diesen Zeitraum psychiatrisch versorgt werden, in der Mehrzahl blieben sie nur für eine kurze Krisenintervention oder weniger als 1 Monat.

Dass es sich dabei nicht zwangsläufig um Vorurteile gegenüber einer psychiatrischen Versorgung seitens der Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund handeln muss, zeigen die Daten der männlichen Patienten: sie bleiben zu 42,9% für 1-3 Monate in der Klinik, während es bei den männlichen Patienten offenbar eher die Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund sind, die häufiger nur zur Krisenintervention kommen oder deutlich länger, nämlich zwischen 4 und 6 Monaten stationär versorgt werden.

Die altersspezifische Aufteilung zeigt, dass sich im Grundschulalter (Sig.: 0,021) die Ergebnisse der deutschen und Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund

ähneln, während Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund mit 33,3% deutlich häufiger länger als 3 Monate behandelt werden (Tab. 100).

Im Adoleszentenalter hingegen ähneln sie eher den Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund und verweilen kürzer als ihre deutsche Vergleichsgruppe in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Besonders am Beispiel der Kohorte mit einseitigem Migrationshintergrund ist hier auch die geschlechtsspezifische Prävalenz ableitbar, da im Kindesalter deutlich mehr Jungen ihrer Gruppe behandelt werden, während es im Adoleszentenalter deutlich mehr Mädchen sind.

Meiner Hypothese nach bilden sich in der unterschiedlichen Verweildauer in der Psychiatrie dennoch sowohl das Vertrauen in die stationäre Behandlung als auch die Auffang-Möglichkeiten des sozialen Umfeldes ab. Bei deutschen Patienten und Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund scheint das Vertrauen in die Wirkungsweise einer psychiatrischen Behandlung relativ hoch zu sein, zumal es meiner Meinung nach auch deutlich weniger familiäre Ressourcen in diesen beiden Gruppen gibt, die dieses Betreuungssetting ersetzen könnten, so dass Klinikaufenthalte oftmals auch über das erforderliche Maß hinaus verlängert werden. In den Familien mit beidseitigem Migrationshintergrund verweilt nur ein Bruchteil der Patienten länger als 3 Monate in der Psychiatrie, ein Großteil nicht länger als einen Monat, was sowohl für ein mangelhaftes Vertrauen, aber vor allem auch für alternative innerfamiliäre Möglichkeiten und Haltungen in tendenziell kollektivistisch orientierten Kulturen spricht (Tab.100/ Sig.: 0,041/ CV= 0,313).

Hinsichtlich der F-Diagnosenverteilung ergeben sich weiterhin interessante kulturabhängige Diskrepanzen. In vorliegender Untersuchung wurde nur die Entlassungsdiagnose erfasst, wobei ein Patient mehrere Diagnosen haben kann. Die Diagnosegruppe F1 kodiert psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten, die durch psychotrope Substanzen zustande gekommen sind. Diese Diagnose erhielten nur Patienten im Adoleszentenalter. Bei den deutschen Patienten zwischen 13-18 Jahren waren es 28,5%, bei den Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund 18,2% und bei den Patienten mit beidseitigem Hintergrund 15,7% (Tab. 101). Es zeigt sich, dass in allen drei Gruppen eine Diskrepanz zwischen dem Einweisungssymptom „Alkohol- und Drogenabusus“ und der Entlassungsdiagnose besteht, was dafür spricht, dass Suchtverhalten häufig nur als ein Teilsymptom bewertet wird (Tab. 101/ 102).

Interpretationswürdig ist jedoch die große Differenz bei den jungen Frauen mit beidseitigem Migrationshintergrund: 20% von ihnen werden mit besagtem Symptom eingewiesen, aber nur 4% mit der entsprechenden ICD 10-Diagnose entlassen. In den übrigen Gruppen sind die Differenzen deutlich geringer, bei den männlichen Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund sind die Werte sogar fast homogen (Tab. 103/ 104.). Die Ergebnisse sprechen dafür, dass der Substanzmittelmissbrauch gerade bei den Patientinnen mit beidseitigem Migrationshintergrund komorbiden Charakter hat und nicht als schwere Abhängigkeitserkrankung angesehen wird, sondern vielleicht eher als Akutsymptomatik mit Appelcharacter - ähnlich wie die suizidalen Absichten - verstanden werden kann.

Die Diagnosegruppe F2 kodiert schizotype und wahnhafte Störungen, deren Vorkommen wie oben beschrieben vorwiegend in der Gruppe der männlichen Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund zu verorten ist, was sich sowohl in den Einweisungssymptomen (Tab. 71) als auch in der Entlassungsdiagnose spiegelt (Tab 105/ Sig.:0,005 (männlich)).

Die Diagnosegruppe F3 kodiert affektive Störungen, wobei in vorliegender Untersuchung ausschließlich depressive Erkrankungen diagnostiziert wurden und damit die F3-Gruppe synonym verwandt werden kann. Die Ergebnisse zeigen eine deutlich geschlechtsspezifische Verteilung hinsichtlich der Diagnosenvergabe, diese wird vor allem bei Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund deutlich: Frauen werden fast doppelt so häufig mit einer diagnostizierten Depression entlassen als Männer, eine deutliche Differenz ergibt sich auch bei den Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund, wohingegen bei den deutschen Patienten eine relativ homogene Diagnosenverteilung hinsichtlich der Geschlechter besteht.

Die Daten weisen darauf hin, dass es offenbar kulturdeterminierte Ausdrucksformen und Interpretationsmöglichkeiten depressiver Symptomatik gibt, die stark mit den entsprechenden Rollenbildern verknüpft sind und möglicherweise auch prejudicialen Hintergrund haben (Tab. 106).

Dissoziale und delinquente Verhaltensweisen werden bei Patienten mit Migrationshintergrund deutlich seltener als depressive Ausdrucksformen verstanden

als bei Patienten ohne Migrationshintergrund (Tab. 107). Suizidale (Tab. 109/ Sig.: 0,012), somatische (Tab. 110/ Sig.: 0,026) oder depressive (Tab. 108/ Sig.: 0,002) Aufnahmesymptomatiken werden hingegen bei Patienten mit Migrationshintergrund (vor allem mit beidseitigem) deutlich häufiger als Depression verschlüsselt als bei deutschen Patienten, wie die Korrelationen der angegebenen Tabellen zeigen.

Aufgrund der oben beschriebenen Geschlechterprävalenz in der Aufnahmesymptomatik ergeben sich daraus auch geschlechtsspezifische Hinweise hinsichtlich der Diagnostik. So scheinen vor allem somatische Beschwerden bei jungen Frauen mit Migrationshintergrund (ein- und beidseitig) ein deutlicher Hinweis auf eine Depression zu sein, während delinquente Verhaltensweisen bei jungen Männern mit beidseitigem Migrationshintergrund deutlich seltener als solche verstanden werden. Dennoch muss auch bedacht werden, dass deutsche Patienten längere stationäre Aufenthalte haben, weswegen auch eine umfassendere Diagnostik möglich ist.

Unter die F4-Diagnosegruppe fallen neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, in vorliegender Untersuchung kommen aus dieser Gruppe sowohl die Posttraumatische Belastungsstörung (F 43.1) als auch die Anpassungsstörung (F 43.2) vor.

Bereits im Grundschulalter werden 30,8% der Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund mit einer F4-Diagnose entlassen, im Adoleszentenalter sind es sogar 47,1% gegenüber 39,8% bei den deutschen Patienten (Tab. 111).

Ätiologisch scheinen sich hier besonders traumatische Ereignisse im oben definierten Sinne auszuwirken (siehe Kap 8.4), was bei 48,0% der Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund zutrifft gegenüber nur 13,6% der deutschen und 21,1% der Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund (Tab.112).

Fast die Hälfte der Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund (45,8%) und einer F4-Diagnose sind fremduntergebracht (Tab. 113/ Sig.: 0,051), während diese Korrelation nur bei 21,2% der deutschen und 31,6% der Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund besteht. Da es hinsichtlich der Tatsache, in einer Trennungsfamilie aufzuwachsen oder den Tod eines Elternteils bewältigen zu müssen, keine nennenswerten Abweichungen (daher auch keine abgebildeten Tabellen) unter den drei Gruppen innerhalb der F4-Diagnosegruppe gibt, ist nicht

davon auszugehen, dass sich das Auflösen des Familienverbandes derart traumatisch auswirkt, sondern dass innerfamiliäre Gewalt - wie sie im Item Trauma (Missbrauch/ körperliche Gewalt) kodiert ist - deutlich dramatischere Auswirkungen hat und letztlich zu einer Fremdunterbringung führt.

Dafür spricht auch die deutlich geschlechtsspezifische Verteilung hinsichtlich der Diagnosenwahl. Während in der Gruppe der jungen Männer rund 30% in allen Subgruppen eine Belastungs- oder Anpassungsstörung diagnostiziert bekommen, sind es bei den Frauen mit beidseitigem Migrationshintergrund 72,0% gegenüber nur rund 36% in den beiden Vergleichsgruppen (Tab. 114/ Sig.: 0,004 (weiblich)).

Die Vermutung familiärer Gewalt ist vor allem bei Frauen mit beidseitigem Migrationshintergrund ätiologisch anzunehmen und führt zu Akutsymptomen wie depressiven Beschwerden und suizidalen Absichten, welche eine hohe Komorbidität zur F4-Diagnose aufweisen. Die Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund und F4-Diagnose zeigen jedoch seltener chronifizierte Symptomen wie selbstverletzende Verhaltensweisen (Tab. 115) oder somatische Beschwerden (Tab. 116), so dass hier möglicherweise sogar von einer Fehlinterpretation und vorurteilbehafteter Zuschreibung der Diagnose seitens der Behandler ausgegangen werden könnte.

Das eben erwähnte Symptomcluster ist jedoch bei den Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund deutlich stärker ausgeprägt, was die obige Hypothese hinsichtlich chronifizierter Krankheitsverläufe bei Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund unterstützt.

Die unter F6 kodierten Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen beschränken sich in dieser Untersuchung auf die Verdachtsdiagnose F 60.3 (Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung), da im Jugendalter sehr behutsam mit der Diagnostik einer Persönlichkeitsstörung umgegangen wird. Daher umfasst diese Diagnosegruppe nur sehr wenige Patienten und kann nur bedingt interpretiert werden. Das Störungsbild umfasst eine breite Palette vorwiegend selbstdestruktiver Verhaltensweisen, so dass die weibliche Prävalenz erklärbar ist. Auffällig ist jedoch, dass in vorliegender Untersuchung keine einzige Patientin mit beidseitigem Migrationshintergrund mit dieser Diagnose entlassen wurde, bei den deutschen Patienten und Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund liegt der Wert um ca. 10% (Tab. 117).

Zum Symptombild zählt gestörtes Essverhalten, selbstverletzendes Verhalten, aggressive und depressive Verhaltensweisen, suizidale Absichten etc. Wie oben bereits beschrieben zeigen junge Frauen mit beidseitigem Migrationshintergrund kaum autoaggressives Verhalten und gestörtes Essverhalten, wohl aber die übrigen störungswertigen Symptome, so dass nicht davon ausgegangen werden kann, dass diese grundsätzlich nicht auch eine Persönlichkeitsstörung ausprägen können, sondern dass das Symptomrepertoire offenbar kulturabhängig ist und auf der Grundlage „deutscher“ Diagnosekriterien im Auge des Behandlers missinterpretiert werden kann.

Die F8-Diagnosen beziehen sich in vorliegender Untersuchung nahezu ausschließlich auf die zweite Achse des MAS (= Multiaxiales Klassifikationsschema) (vgl. Kap. 7) und kodieren die umschriebenen Entwicklungsstörungen, darunter fallen Sprachentwicklungsstörungen, Störungen der motorischen Funktionen und Teilleistungsstörungen im schulischen Sinne. Nur bei einem Patienten der Untersuchung wurde eine tiefgreifende Entwicklungsstörung auf der ersten Achse kodiert, insofern verwende ich die F8-Diagnose synonym für die Bandbreite der oben genannten Entwicklungsstörungen, deren Ursachen aus einem Konglomerat von Mangelförderung, emotionaler Minderversorgung, aber auch somatischen Hintergründen vermutet wird.

In allen drei Gruppen werden etwa doppelt so viele Jungen wie Mädchen mit der Diagnose einer Entwicklungsstörung entlassen, die geringste Anzahl weist jedoch die Gruppe der Patientinnen mit beidseitigem Migrationshintergrund auf (Tab. 118). Hinsichtlich der Aufnahmesymptomatik gibt es sowohl bei den Jungen mit einseitigem und beidseitigem Migrationshintergrund eine deutliche Abweichung zwischen Symptomatik und Entlassungsdiagnose. In beiden Gruppen erhalten rund doppelt so viele Patienten die Diagnose, wie sie bei Aufnahme auf Verdacht gestellt wurde.

In der Gruppe der Mädchen gibt es lediglich bei den Patientinnen mit einseitigem Migrationshintergrund eine interpretationswürdige Diskrepanz zwischen diesen beiden Ergebnissen, 3,4% kommen mit Symptomen einer Entwicklungsstörung, 20,7% werden mit einer F8-Diagnose entlassen (Tab. 118/ 119).

Die Abweichungen innerhalb der kulturellen Gruppen lassen sich, wie zuvor oben vermutet, als Hinweis auf kulturdifferenten Maßstäbe hinsichtlich kindlicher Entwicklung interpretieren. Dafür spricht vor allem die Tatsache, dass Kinder mit ein- oder beidseitigem Migrationshintergrund, die mit Entwicklungsauffälligkeiten eingewiesen wurden und diese Entlassungsdiagnose erhalten, vorwiegend durch Institutionen wie Kita und Schule geschickt wurden, wo von „deutsch-normierten“ und damit individualistischen Entwicklungsvorstellungen ausgegangen werden kann.

So wurden 62,5% der Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund durch die Schule vermittelt, während nur 20% auf Beunruhigung der Eltern kamen. Selbst bei den Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund werden nur 25% der Entwicklungsstörungen von den Eltern als psychiatrisch behandlungsbedürftig eingestuft, während auch in ihrer Gruppe 40% auf Initiative der Schule oder Kita vorgestellt werden (Tab. 120/ 121).

Allerdings muss auch bedacht werden, dass gemischtkulturelle Familien in stärkerem Maße niedrigschwelligere Behandlungen in Anspruch nehmen, weswegen eine Behandlungsbedürftigkeit seitens der Eltern durchaus wahrgenommen werden kann, möglicherweise aber als Aufnahmesymptom seitens der Eltern nicht angegeben wird. Hier könnte eine Bestätigung oben konstruierter Hypothesen liegen, dass innerfamiliäre Verunsicherungen in diesen Familien dazu führen, kindliche Entwicklungsdefizite auf eigenes Versagen zurückzuführen.

Fragwürdig ist das Ergebnis, dass Mädchen mit beidseitigem Migrationshintergrund zwar relativ selten mit einer Entwicklungsauffälligkeit eingewiesen werden, aber auch fast prozentgenau mit dieser Diagnose entlassen werden (Tab. 118/ 119). Hier scheint eine hohe Übereinstimmung zwischen der Wahrnehmung der Eltern und des Klinikpersonals vorzuliegen. Wie oben bereits hypothetisch angenommen, ist es denkbar, dass in den hier vorliegenden dominierenden kollektivistischen Kulturen mit teilweise islamischer Glaubenszugehörigkeit eine ohnehin allgemein defizitärere Wahrnehmung von Mädchen dominiert, so dass ihre Unzulänglichkeiten eher erkannt werden, während bei Jungen dieser Gruppen möglicherweise idealisierende Wirkmechanismen die eigentliche Symptomatik verschleiern und negieren.

Die altersspezifische Verteilung zeigt, dass deutsche Patienten unter 6 Jahren zu 88,5% mit einer Entwicklungsauffälligkeit vorgestellt werden und exakt dieselbe Gruppe mit dieser Diagnose entlassen wird, bei den beiden Gruppen mit Migrationshintergrund ergeben sich die erwarteten Diskrepanzen vermutlich infolge unterschiedlicher Wahrnehmungen der Auffälligkeiten (Tab. 122/ 123).

In der Gruppe der Grundschulkinder ist auffällig, dass 92,3% der Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund mit dieser Diagnose entlassen werden, in den beiden anderen Gruppen liegt der Wert homogen um rund 61%. Die Befunde deuten darauf hin, dass es bei Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund erhebliche Entwicklungsauffälligkeiten gibt, die den schulischen Erfolg behindern und damit auch Risikopotential für Verhaltensauffälligkeiten bergen.

Es kann vermutet werden, dass besonders in dieser Gruppe sprachliche Rückstände vorliegen, die weniger mit einer Sprachentwicklungsstörung, sondern vielmehr mit einer Mangelförderung zu tun haben, die möglicherweise von den Eltern nicht erkannt wird, wenn die Kinder in ihrer Herkunftssprache keine Schwierigkeiten aufweisen. Auf der Grundlage obiger Befunde ist aber auch von einer generellen Mangelförderung auf Grund der sozioökonomischen Schicht und möglicherweise auch durch frühe Negierung im Kindesalter und damit Chronifizierung von Entwicklungsauffälligkeiten im Grundschulalter auszugehen.

Die Auswirkungen von Entwicklungsauffälligkeiten auf die psychische Entwicklung zeigen sich auch innerhalb dieser Untersuchung in der Komorbidität von Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten. Die Korrelation der beiden Diagnosen ist in allen Gruppen hoch, in der Gruppe der Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund jedoch mit 62,5% (Sig.: 0,00/ CV=0,524) am höchsten (Tab. 124.).

Die Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit werden unter den F9-Diagnosen kodiert, in vorliegender Untersuchung umfasst diese Diagnosekategorie vor allem die Untergruppen F90 (Hyperkinetische Störungen), F91 (Störung des Sozialverhaltens) und F93 (Emotionale Störungen). Die geschlechtsspezifische Verteilung der Untergruppen wurde nicht spezifiziert, kann aber tendenziell angenommen werden. Emotionale Störungen treten häufiger bei

Mädchen auf, während die beiden übrigen Störungsgruppen eine höhere männliche Prävalenz aufweisen.

Die altersspezifische Verteilung der F9-Diagnose zeigt eine deutliche Häufung im Grundschulalter, was durch die altersspezifischen Diagnosekriterien evident ist. Von allen männlichen Patienten im Grundschulalter werden 81,6% mit dieser Diagnose entlassen, von den Mädchen derselben Altersgruppe sind es sogar 87,5%. Im Jugendlichenalter trifft nur noch auf 32,1% der männlichen Patienten diese Diagnose zu, bei den jungen Frauen sind es sogar nur noch 19,2% (Tab. 125).

Die altersspezifische Verteilung nach Migrationshintergrund ergibt ebenfalls eine deutliche Häufung im Grundschulalter (Tab. 127), hier sind es vor allem die Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund, die zu 84,6% mit einer Diagnose dieser Kategorie entlassen werden, bei deutschen Patienten sind es 83,6%, bei denen mit einseitigem Migrationshintergrund sind es 77,8%. In der Gruppe der Adoleszenten trifft die Diagnose nur noch auf 19,6% der Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund zu, in den übrigen Gruppen liegen die Werte bei 27,3% (Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund) und 26,8% (deutsche Patienten). Diese enorme altersspezifische Diskrepanz ist mit den Definitionskriterien der F9-Diagnosengruppe zu erklären. Die Tatsache, dass diese Diagnose vorwiegend im Grundschulalter auftritt, erklärt auch die enormen Diskrepanzen hinsichtlich des Migrationshintergrundes zwischen den Geschlechtern, da diese das prozentuale Verhältnis zwischen den Geschlechtern im Grundschulalter der Patientenpopulation abbilden. In der Gruppe der Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund gibt es kaum Differenzen hinsichtlich der Geschlechterverteilung, bei den Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund sind die Mädchen dieser Altersgruppe deutlich unterrepräsentiert (Tab. 126/ Sig.: 0,029).

Mädchen mit beidseitigem Migrationshintergrund erhalten die F9-Diagnose nur zu 12% gegenüber der männlichen Vergleichsgruppe, die zu 42,9% mit dieser Diagnose entlassen wird. Bei den Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund sind es in beiden Geschlechtergruppen rund 46%, bei den deutschen Patienten sind es von den Jungen 60,3%, von den Mädchen lediglich 35,6%.

Erklärenswert scheint dennoch die Korrelation zwischen den Aufnahmesymptomen und der Entlassungsdiagnose hinsichtlich des Migrationshintergrundes. Symptomatische Items, die eine F9-Diagnose rechtfertigen, sind beispielsweise:

aggressives Verhalten, motorische Unruhe, depressives und somatisierendes Verhalten im Kindesalter sowie Schwierigkeiten in der Schule im oben definierten Sinne.

Motorische Unruhe (Tab. 128) und aggressive Verhaltensweisen sind im Grundschulalter (Tab. 48) in allen Gruppen am stärksten ausgeprägt und erklären sowohl die Störung des Sozialverhaltens als auch die hyperkinetischen Störungsbilder. Auffällig ist jedoch, dass bei diesen beiden Items die Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund unterrepräsentiert sind, während sie bei schulischen Schwierigkeiten in der Gruppe der 6 bis 12-Jährigen zu 92,3% dieses Aufnahmesymptom zeigen, gegenüber nur 72,2% der Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund und 68,2% der deutschen Patienten (Tab. 51). Die Daten zeigen, dass offenbar bei Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund - und aus dieser Gruppe vor allem bei den Jungen - schulische Fähigkeiten wie Konzentration und Ausdauer als beeinträchtigt wahrgenommen werden, aber auch Fehlverhalten innerhalb der sozialen Gruppe konstatiert wird, was die Hypothese pauschalisierender Defizite aufwirft.

Während in den übrigen Gruppen durchaus differenziertere Symptome angegeben werden, fallen Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund offenbar vor allem in der Schule nachteilig auf. Eine Bestätigung dieser Hypothese könnte auch in der geringen Anzahl weiblicher Patientinnen mit Migrationshintergrund im Grundschulalter liegen, die eine F9-Diagnose erhalten: sie fallen wie oben beschrieben deutlich seltener auf und sind angepasster, zumal somatische und depressive Symptome in diesem Alter ohnehin seltener wahrgenommen und diagnostiziert werden. Elterliche Beunruhigung scheint hier eher der Auslöser zu sein, wobei gerade diese Symptome in Kulturen des Mittelmeerraumes (Türkei, Italien, Griechenland etc.), aber auch arabischen Ländern als relativ normal und wenig behandlungsbedürftig wahrgenommen werden.

Es ist davon auszugehen, dass vor allem eine schulische Überforderung, die mit Förderungs- und Sprachdefiziten, aber auch innerpsychischen Loyalitätskonflikten zu tun hat, bei den Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund zu einer Symptomausprägung führt, die vor allem im schulischen Alltag sichtbar wird. Möglicherweise werden diese Symptome bei Jungen sogar überinterpretiert und

führen übermäßig häufig zu stationären Aufnahmen, was in den übrigen Gruppen über niedrigschwelligere Angebote behandelt wird. Bei den Mädchen dieser Gruppe ist eher von einer Unterinterpretation von Symptomen auszugehen, Zurückgezogenheit und somatische Beschwerden werden möglicherweise als Schüchternheit abgetan, die von deutschen Schulen auf die migrationsspezifische Situation zurückgeführt wird und damit unbehandelt bleibt, bis es im Jugendalter zu heftigeren/ appellativen Symptomausprägungen wie Suizidalität kommt (wie oben beschrieben).

Auch die Befunde zur Vergabe des Jugendhilfeparagraphen 35a sprechen dafür, dass vor allem bei Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund erst über einen psychiatrischen Aufenthalt eine gezieltere Förderung des Kindes erreicht werden kann, während in den übrigen Gruppen deutlich seltener diese Art von Hilfen ausgesprochen werden.

Es ist anzunehmen, dass sowohl deutsche als auch Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund im Grundschulalter bereits Hilfsangebote - wie oben beschrieben - in Anspruch nehmen, da diese Eltern entweder eher den Zugang zu diesen Maßnahmen finden oder mehr Notwendigkeit in einer Unterstützung sehen und die Auffälligkeiten ihrer Kinder früher als behandlungsbedürftig wahrnehmen sowie einschätzen. Im Grundschulalter erhalten laut vorliegender Untersuchung 46,2% der Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund mit der Entlassungsdiagnose die Zuordnung zum Paragraphen 35a, von den Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund sind es 27,8%, von den deutschen nur 22,7% (Tab. 129).

Gerade bei Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund besteht zu 72,7% eine Übereinstimmung zwischen einer F9-Diagnose und dem Paragraphen 35a (Tab. 130/ Sig.: 0,010/ CV=0,374), was die Hypothese einer Mangelförderung manifestiert, aber auch die Vorstellung impliziert, dass diese Kinder ohne gezielte Hilfen schwerwiegende Störungsbilder ausprägen können bzw. werden. Die Vermutung liegt nahe, dass in dieser Patientengruppe im Adoleszentenalter die Akuitätshypothese zutrifft, im Kindesalter jedoch eher die Präventionshypothese, da offenbar nur über einen Klinikaufenthalt Hilfen rekrutiert werden können, die Symptome aber möglicherweise weniger hohen Ausprägungsgrad haben.

Auffällig ist weiterhin das Ergebnis der Patientinnen mit einseitigem Migrationshintergrund (Tab. 131), sie werden überproportional häufig dem Paragraphen 35a zugeordnet, allerdings vorwiegend im Adoleszentenalter (Tab. 129), was für chronifizierte Symptomatiken spricht, die eine Teilhabe am normalen Leben deutlich erschweren. Es ist zu vermuten, dass über diese Zuordnung Jugendhilfemaßnahmen in Anspruch genommen werden können, die in dann meistens eine Fremdunterbringung in einer WG bedeutet, da die familiären Zustände offenbar pathogen wirken.

10. Zusammenfassung und Ausblick

Aus bestehenden Arbeiten ist bekannt, dass die sozioökonomische Benachteiligung von Familien mit Migrationshintergrund auf die Ausprägung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter ätiologische Auswirkungen haben kann.

Die Ergebnisse vorliegender Untersuchung konnten diesen Aspekt spezifizieren. So zeigen die Befunde, dass sozioökonomische Benachteiligungsfaktoren bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund nicht pauschalisiert werden können, sondern auch nach Geschlecht und Alter der Kinder variieren.

Die Daten sprechen dafür, dass sozioökonomische Belastungsfaktoren - wie hohe Geschwisteranzahl, elterliche Erkrankungen und weniger externe psychosoziale Versorgungsangebote sowie möglicherweise Armut und Förderungsdefizite - für Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund im Grundschulalter weniger vulnerabel wirken als in den anderen Gruppen, was mit der ressourcenorientierten Funktionalität kollektivistisch orientierter Kulturen erklärt werden kann. So kann davon ausgegangen werden, dass Kinder aus diesen Familien in einem für dieses Alter ausreichend stabilen Rahmen eingebettet sind, der diverse ungünstige Bedingungen abfedern kann und für dieses Alter relevante Fähigkeiten zur Orientierung in der Gruppe (analog zur Schulklasse und Gleichaltrigengruppe) bereitstellt. Dafür sprechen die generellen Befunde, dass Kinder im Grundschulalter mit beidseitigem Migrationshintergrund in der Kinder- und Jugendpsychiatrie unterrepräsentiert sind, Mädchen noch stärker als Jungen. Auffällig ist weiterhin, dass die Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund, die im Grundschulalter psychiatrisch versorgt werden, zu einem großen Teil zugewandert sind und nicht in Deutschland geboren wurden, wodurch sich sprachliche Hürden deutlich in den Fokus drängen.

Psychische Probleme scheinen sich für diese Gruppe erst dann zu ergeben, wenn dieser „geschützte“ Rahmen unterbrochen wird. Das kann zum einen durch die Auflösung von Familienzusammenhängen durch elterliche Trennungen erfolgen, was vor allem für Jungen mit beidseitigem Migrationshintergrund problematisch wird, da sie sich vermutlich verantwortlich fühlen, als „Stammhalter“ für die Mutter oder die verbliebene Familie zu sorgen, zum anderen kann ein Ausbruch aus dem kollektiven Rahmen auch mit der Adoleszenz erfolgen, wobei oftmals eine konflikthafte Auseinandersetzung zwischen den Vorstellungen individualistischer und kollektivistischer Kultur erfolgt.

Dieser Konflikt trifft jugendliche Männer und Frauen gleichermaßen, allerdings auf unterschiedliche Art und Weise. Während junge Frauen mit beidseitigem Migrationshintergrund eher den Konflikt im Streben nach individualistischen Idealen (Berufstätigkeit/ Bildung) erleben, scheitern junge Männer mit beidseitigem Migrationshintergrund tendenziell an eben diesen Idealen. Die Überrepräsentation von Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund in der Kinder- und Jugendpsychiatrie spricht für eine erhöhte Vulnerabilität, die aus diesen Konflikten erwächst.

Für Kinder und Jugendliche mit einseitigem Migrationshintergrund, bei denen tendenziell von einer gehobeneren Bildungs- und ökonomischen Schicht ausgegangen werden kann, ergeben sich zwar zunächst keine altersspezifischen Problematiken, aber generelle Tendenzen für das Aufwachsen mit Eltern unterschiedlicher Herkunft. Die Kombination der elterlichen Paarung in kollektivistischen und individualistischen Kulturen scheint dabei pathogen zu wirken. So bedingt die statistisch deutlich erhöhte reale oder wahrgenommene Konflikthaftigkeit der Eltern, was durch die kulturelle Unterscheidung von Familien- und Ehevorstellungen angenommen werden kann, eine erhöhte psychische Vulnerabilität bei ihren Kindern.

Befunde zur Pathogenese wurden in vorliegender Untersuchung vor allem unter dem Aspekt der Zugangsbarrieren betrachtet. Hier bestätigen sich Überlegungen und Befunde bestehender Arbeiten, dass Patienten mit Migrationshintergrund offenbar seltener den Zugang zu medizinischen und psychosozialen Versorgungsangeboten finden und daher schlechter versorgt sind, wodurch ihre Benachteiligung aggraviert wird. Vorliegende Untersuchung konnte diese Befunde jedoch etwas spezifizieren und Erklärungen finden.

Für die Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund konnte herausgearbeitet werden, dass für diese bis ins Jugendalter deutlich seltener fremdanamnestisch Auffälligkeiten eruiert werden konnten. Besonders für Mädchen werden offenbar erst mit dem Jugendalter die Auffälligkeiten von der Umwelt wahrgenommen. Das wahrgenommene „Nichtvorhandensein“ von Auffälligkeiten deckt sich mit der Tatsache, dass diese Gruppe deutlich seltener psychosoziale oder medizinische Unterstützungsangebote erhielt.

Diese Tatsache erhärtet zum einen die Hypothese von Zugangsbarrieren, könnte aber auch auf der Grundlage der theoretischen Überlegungen und dargelegten Befunde dafür sprechen, dass diese Gruppe den Fokus zum einen weniger auf defizitäre Auffälligkeiten ihrer Kinder legte und daher keine Behandlungsbedürftigkeit wahrgenommen wird, zum anderen aber auch personelle Ressourcen in größeren Familienzusammenhängen fördernd zur Verfügung stehen, so dass zunächst weniger externe Hilfe gesucht wird.

Die Befunde zu den Einweisungsgründen erhärten diese Hypothese:

Für Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund im Grundschulalter waren vor allem „schulische Schwierigkeiten“ ausschlaggebend für die Einweisung, was auf eine externe und staatliche institutionalisierte Begutachtungsinstanz schließen lässt und nicht auf die vordergründige Sichtweise und den Leidensdruck der Eltern.

Im Jugendalter führen vor allem Akutsymptomatiken zu Einweisungen der Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund, die neben einem appellativen Charakter vor allem auch provozierenden Charakter haben, da sie kulturell-religiöse (Islam-Katholizismus) Tabus tangieren.

So werden junge Frauen dieser Gruppe mit tendenzieller Häufung mit suizidalen Absichten psychiatrisch untergebracht, während es bei jungen Männern zum Beispiel Drogen und Alkoholexzesse sind. Die Appellation könnte einerseits als Hilferuf an ein Umfeld verstanden werden, welches die Nöte der Jugendlichen nicht erkennt, andererseits aber auch unter provozierenden Aspekten einen gewaltsamen (Aus-) Bruch mit der kollektivistischen Orientierung der Herkunftsfamilie bedeuten. Die Beschädigung der Familienehre ist hierbei sicher ebenso aufständig wie auch konflikthaft für die jungen Menschen.

Für die Hypothese eines „dramatisch“ indizierten Ausbruches aus der Familie spricht auch der Befund, dass junge Frauen mit beidseitigem Migrationshintergrund oft fremduntergebracht sind, was in diesem Alter oft mit einem „Abhauen“ von zu Hause verbunden ist, zudem wird in diesen Fällen meist eine PTBS diagnostiziert. Es müsste qualitativ geklärt werden, inwiefern dieser Befund Teil eines aggravierten und dramatisierten Reaktionsmusters ist oder inwiefern tatsächlich hoch-belastende Ereignisse bei diesen jungen Frauen vorliegen, die eine Fremdunterbringung unabdingbar machen.

Für Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund ergibt sich ein anderes Bild. Fremdanamnestisch werden zwar ebenso wie bei der Gruppe der Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund tendenziell weniger Auffälligkeiten im Kleinkind- und Schulalter angegeben, mit deutlichem Anstieg zur Pubertät, andererseits ist diese Gruppe aber mit diversen medizinischen und sozialpsychologischen Maßnahmen geradezu überversorgt, was für die elterliche möglicherweise übersensibilisierte Wahrnehmung vorhandener Auffälligkeiten spricht, die aber in den anamnestischen Daten nicht angegeben wurden. Die Tatsache, trotz diverser Interventionen psychiatrisch in einer Versorgungsklinik behandelt zu werden, spricht für eine gewisse Chronifizierung von Krankheitsverläufen, die sich auch mit den Aufnahmesymptomen bei dieser Gruppe deckt. Während Jungen mit einer deutlichen Häufung im Grundschulalter aufgrund diverser symptomreicher Krankheitsbilder (ADHS, Enuresis, etc.) aufgenommen werden, kommen junge Frauen im Adoleszentenalter mit chronifizierten somatischen und depressiven Beschwerden. Diese Befunde sprechen durchaus für eine psychische Vulnerabilität in dieser Gruppe und in beiden Geschlechtern vom Kindesalter an, die letztlich vielleicht auf unklare, uneinheitliche und damit konflikthafte Familienstrukturen zurückzuführen sind.

Für die psychiatrische, psychosoziale und medizinische Versorgung werden in bestehenden Arbeiten vor allem Missverständigungen und Fehlinterpretationen postuliert.

Obwohl vorliegende Untersuchung keine interaktionellen Begegnungen auswerten konnte, deuten die Ergebnisse in eben diese Richtung, wobei auch hier eine Variation nach Alter und Geschlecht vorhanden ist.

Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund - und hier vor allem die Mädchen - sind in der Tagesklinik tendenziell unterrepräsentiert, spezifiziert nach Alter zeigt sich jedoch, dass dieser Befund nicht fürs Grundschulalter zutrifft. Zudem zeigt sich eine offenbar sehr gute elterliche Compliance in der Tagesklinik, da die Abbruchquote in dieser Gruppe schwindend gering ist. Da tendenziell von einer Einweisung durch externe Instanzen (Schule etc.) in dieser Gruppe ausgegangen wird, sprechen die Befunde für eine sehr gute Kooperationsbereitschaft seitens der Eltern, wenn ihnen zum einen offenbar die „Kontrolle und die Fürsorge“ für ihre Kinder nicht vollständig

aus den Händen genommen wird und die Kinder abends und am Wochenende im familiären Verbund verweilen, zum anderen erfolgt in der tagesklinischen Betreuung meist auch eine sehr elternzentrierte Arbeit, so dass möglicherweise weniger Missverständnisse entstehen.

Im Jugendalter wandelt sich das Bild, hier werden Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund tendenziell über eine Akutaufnahme psychiatrisch untergebracht, was meist mit einer Zwangsunterbringung einhergeht. Überproportional häufig folgt in diesen Fällen ein Abbruch der Klinikbehandlung, der als Resultat einer kulturellen Missverständigung verstanden werden könnte. Zum einen fühlen sich möglicherweise vor allem Patientinnen, die über einen Suizidversuch vermutlich nur appellativ wirken wollten, völlig missverstanden, wenn sie daraufhin geschlossen untergebracht werden, zum anderen wird damit vermutlich auch ein für kollektivistisch orientierte Kulturen völlig falscher Weg beschritten. Wie oben beschrieben, ist es in diesen Kulturen, wie zum Beispiel der Türkei, üblich, den Einzelnen in der Gruppe zu pflegen und aufzufangen, durch eine geschlossene Unterbringung erfolgt jedoch ein „Wegsperrn“ des Patienten und damit eine Unterhöhnung und vermutlich erlebte Missachtung der familiären Ressourcen.

Bei den Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund handelt es sich meist um elektive Aufnahmen bei guter Kooperationsbereitschaft seitens der Eltern und Compliance des Patienten, sie verweilen in aller Regel am längsten von allen Gruppen in der Psychiatrie, möglicherweise stehen für diese Patienten und ihre Familien aufarbeitende und neuorientierende Aspekte in der psychiatrischen Arbeit mehr im Fokus, so dass sie sich auf diesen Aspekt einlassen können.

Hinsichtlich der Diagnosenstellung lassen sich weitere Beispiele für die Hypothese von Missverständigungen und Fehlinterpretationen finden:

Sowohl bei Patientinnen mit ein- als auch beidseitigem Migrationshintergrund werden somatische Beschwerden mit deutlicher Häufung als Depression kodiert. Während bei Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund depressive und somatische Beschwerden in dieser Erhebung korrelieren, trifft das für Patientinnen mit beidseitigem Migrationshintergrund nicht zu. Hier kann entweder davon ausgegangen werden, dass depressive Symptome bei diesen Patienten nicht benannt wurden, weil möglicherweise weniger Vordiagnostik erfolgte und das

klinische Vokabular nicht geläufig war, zum anderen könnte aber vermutet werden, dass bei diesen Patienten somatische Beschwerden als Depression verschlüsselt werden, obwohl sie gar keine sind, sondern dem kulturinhärenten Ausdrucksrepertoire zur Verfügung stehen.

In ähnlicher Art und Weise könnte die Kodierung einer PTBS oder Anpassungsstörung vorurteilshafter oder fehlinterpretierter Diagnostik folgen, zumal sie bei Patientinnen mit beidseitigem Migrationshintergrund überproportional gestellt wird.

Rein hypothetisch wäre vorstellbar, dass die Aggravation in der Darstellung und der Zustand dieser Patientinnen schnell wie eine PTBS anmutet, obwohl es sich rein objektiv möglicherweise „nur“ um einen Ausbruch aus der Familie handelt, denn mit deutlicher Häufung sind diese Patientinnen fremduntergebracht.

Die Diagnose der Anpassungsstörung ist sehr breit gefächert, so dass es denkbar ist, dass diese oft als Verlegenheitsdiagnose benutzt wird, zumal in der Gruppe der Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund wenig Diagnostik im Vorfeld und durch den kurzen Klinikaufenthalt auch wenig Diagnostik in der Klinik erfolgen kann.

Im Kindesalter sind es vor allem die Entwicklungsauffälligkeiten, die offenbar kulturell differierend interpretiert werden, sowie die „Störung des Sozialverhaltens“.

Aus den Daten vorliegender Untersuchung wird deutlich, dass diese Diagnose mit deutlicher Häufung bei Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund gegeben wird, obwohl von den dazugehörigen Symptomen meist nur „schulische Schwierigkeiten“ zutreffen. Da diese fremdanamnestisch von der Schule bemerkt werden und diese Erhebung keine schulischen Leistungen umfasste, könnte bei diesen Kindern von einem abweichenden Verhalten in der Gruppe sowie Kontaktverhalten ausgegangen werden, welches möglicherweise den kollektivistisch orientierten Strategien entspricht und damit von einer individualistisch orientierten Norm abweicht. Plausibler erscheint aber die Annahme, dass die sprachlichen Schwierigkeiten dieser Kinder oft pauschalisiert werden und daraus ein Konglomerat aus Verhaltensauffälligkeiten, Entwicklungsauffälligkeiten und dringender Hilfebedürftigkeit abgeleitet wird, dafür sprechen die Befunde aus vorliegender Untersuchung, dass in dieser Patientengruppe eine hohe Korrelation zwischen der F9- und der F8-Diagnose und der Zuordnung zum Paragraph 35a besteht.

Bei Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund lassen sich diese Art von Abweichungen und möglichen Missinterpretationen nicht aus der Untersuchung ableiten.

Die vorliegende Untersuchung konnte zeigen, dass sich ätiologische, pathogenetische und Schwierigkeiten in der psychiatrischen Versorgung unter den jeweiligen Aspekten: sozioökonomische Benachteiligung, Zugangsbarrieren zum Versorgungssystem und Missverständigungen in der psychiatrischen Versorgung auch in dieser Untersuchung für die Patienten mit Migrationshintergrund bestätigen ließen.

Weiterhin konnte vorliegende Untersuchung jedoch einen spezifizierenden Beitrag leisten, der offenbar besonders für den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Bereich relevant ist, da sich hinsichtlich der angesetzten Tangenten Differenzen ergeben.

Mit den Überlegungen meiner Untersuchung wäre es sicher möglich, eine konzeptionelle Sensibilisierung in deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrien zu erwirken und gerade die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen zu optimieren. Die Relevanz der Elternarbeit im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Bereich ist ohnehin unumstritten, für Patienten mit Migrationshintergrund müsste aber darauf noch stärker fokussiert werden, um zum einen die psychiatrische Versorgung stärker mit den Vorstellungen der Eltern abzugleichen, zum anderen aber auch das Kind in seinen unterschiedlichen Bezugssystemen besser zu verstehen.

Meiner Meinung nach sind Kinder und Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund keine potentielle Gefährdungsgruppe, sie scheinen im Kindesalter sogar trotz sozioökonomischer Benachteiligung und Zugangsbarrieren tendenziell weniger psychiatrische Auffälligkeiten auszuprägen. Die Häufung im Jugendalter sowie die Akuität erfordern geschultes und sensibilisiertes Personal, das diese Situationen interpretieren und die Jugendlichen in dieser spezifischen Form der Adoleszentenkrise, nämlich der Unvereinbarkeit einer kollektivistisch orientierten familiären Kultur und individualistisch orientierten Kultur der Umwelt, unterstützen kann.

Besorgniserregender muten die chronifizierten Verläufe von Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund an, die tendenziell weder sozioökonomisch benachteiligt sind noch keinen Zugang zu Hilfsangeboten finden oder suchen. Die

Befunde sprechen dafür, dass sogar unterschiedlichste Maßnahmen wenig präventiv wirken konnten. Es handelt sich hierbei um eine Gruppe von Patienten, aber auch Eltern, die mit vermutlich kulturell geprägten innerfamiliären Verunsicherungen zu tun hat und diese außerhalb zu lösen versuchten, indem sie Hilfe sucht. Weitere Forschung müsste deshalb an den Gründen ansetzen, da es sich bei der kulturellen Orientierung sicher nur um einen von mehreren Teilaspekten handelt.

Möglicherweise würde es sich für diese Gruppe anbieten und lohnen, präventive Familien-Eltern-Kind-Programme zu entwickeln, um Konflikte transparenter und verstehbarer für alle Beteiligten zu gestalten, zumal die Gruppe der Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund in den nächsten Jahren wachsen wird.

Zusammenfassend könnte man sagen, dass interkulturelle Unterschiede für Kinder und Jugendliche gut bewältigbar sind, solange ihre geschlechtsspezifischen, altersspezifischen und kulturspezifischen Strategien einer klaren Orientierung folgen können. Irritationen und damit psychische Vulnerabilitäten entstehen vermutlich dann, wenn diese Strategien sich hinsichtlich der intrakulturellen Dimension unterscheiden und damit wichtige Orientierungshilfen fehlen. Dieser Zustand kann für Patienten mit einseitigem und beidseitigem Migrationshintergrund angenommen werden, hängt aber, wie oben beschrieben, von unterschiedlichen situativen Einflussfaktoren ab.

11. Literatur

Abels, M./ Eickhorst, A.: Kulturspezifischer Umgang mit Säuglingen im Rahmen der frühen Hilfen. In: David, M./ Borde, T. (Hrsg.): Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit in der Migration. Frankfurt/ M. 2011, S. 211-226

Adam, Hubertus: Seelische Probleme von Migrantenkindern und ihren Familien. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. 58. Jg. 4/ 2009, S. 244-262

Assion, H.J.: Migration und psychische Krankheit. In: Assion, H. J.(Hrsg.): Migration und seelische Gesundheit. Heidelberg 2005, S. 133-155

Bade, K.J./ Oltmer, J.: Normalfall Migration. Bonn 2004

BDP (a): Jeder dritte Deutsche litt 2008 an psychischer Erkrankung. In: reportpsychologie. Fachzeitschrift des BDP. 4/ 2010, S. 195

Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.): 7. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. 2007

Bertelsmannstiftung (2008): http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-04066083-A61F5F9E/bst/be_a3.pdf

Bilden, H.: Geschlechtsspezifische Sozialisation. In: Hurrelmann, K./ Ulich, D. (Hrsg.): Handbuch der Sozialisationsforschung. Weinheim 1998, S.279-302

Bleymüller, J./ Gehlert, G./ Gülicher, H.: Statistik für Wirtschaftswissenschaftler. München 2000

Boesmann, U. (Hrsg.): Psychodynamische Theorie bei Kindern und Jugendlichen. Bonn 2005

Boos-Nünning, U./ Siefen, R.: Jugendliche mit Migrationshintergrund und Sucht. In: H. J. Assion (Hrsg.): Migration und seelische Gesundheit. Heidelberg 2005, S. 195-215

Bortz, J.: Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. Heidelberg 2005

Bortz, J./ Lienert, G. A.: Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung. Leitfaden für die verteilungsfreie Analyse kleiner Stichproben. Heidelberg 2008

Brisch, K-H.: Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. Stuttgart 2009

Bründel, H./ Hurrelmann, K.: Konkurrenz, Karriere, Kollaps. Männerforschung und der Abschied vom Mythos Mann. Stuttgart 1999

BPtK (Bundespsychotherapeutenkammer) -Newsletter, I/2007, Februar: Ergebnisse des deutschen Bundesgesundheits surveys (RKI)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen, Jugend (Hrsg.): Familien ausländischer Herkunft in Deutschland. 6. Familienbericht. Bonn 2000

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen, Jugend (Hrsg.): Die Familie im Spiegel der amtlichen Statistik. Berlin 2003

Burchartz, A.: Prävention und Rehabilitation psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. In: Hopf, H./ Windaus, E. (Hrsg.): Lehrbuch der Psychotherapie. München 2007, S. 63-82

Canetto, S.: Bedeutung von Geschlecht und suizidalem Verhalten während der Adoleszenz. 2004. Auf: http://www.bkjpp.de/forum/forum_2004_1.pdf

Cierpka, M./ Windaus, E. (Hrsg.): Psychoanalytische Säuglings- Kleinkind-Eltern-Psychotherapie. Frankfurt/ M. 2007

Deutsches Ärzteblatt (PP): Frühe Hilfe für Migrantenkinder. (2007); Heft 11, S. 493

Delekat, D.: Kindergesundheit in Berlin am Beispiel Friedrichshain-Kreuzberg. In:
Berliner Ärzte. 12/ 2008, S. 14-20

Deniz, C.: Erziehungsgewalt in unterschiedlichen soziokulturellen Kontexten. Ein
interkultureller Rekurs. 2004. Auf: http://www.bkjpp.de/forum/forum_2004_1.pdf

Der Beauftragte für Integration und Migration (Hrsg.) (2009): Bevölkerung nicht-
deutscher Staatsangehörigkeit 1950-2004. Einwohner/ innen in Berlin am
31.12.2007 nach Bezirken und Migrationsstatus. Auf:
www.berlin.de/lb/intmig/statistik/demografie/bevoelkerung_nichtdeutscher_staatsang.html

Der Beauftragte für Integration und Migration (Hrsg.) (2009a): SchülerInnen
deutscher und nichtdeutscher Herkunftssprache an öffentlichen
allgemeinbildenden Schulen in Berlin. 1996-2009. Auf:
www.berlin.de/lb/intmig/statistik/aus_bildung/schueler_herkunftssprache.html

Der Beauftragte für Integration und Migration (Hrsg.) (2009b): SchulabgängerInnen
ohne Schulabschluss. Schuljahr 1998-2009. Auf:
www.berlin.de/lb/intmig/statistik/aus_bildung/schulabgaenger.html

Der Beauftragte für Integration und Migration (Hrsg.) (2010): Zuwanderer und
Einwohner Berlins nach Staatsangehörigkeit. Auf:
www.berlin.de/lb/intmig/statistik/demografie/einwohner_staatsangehoerigkeit.html

DGB Bundesvorstand (Hrsg.): Jugendliche mit Migrationshintergrund: Am
Arbeitsmarkt doppelt benachteiligt. In: arbeitsmarkttaktuell Nr. 6/ Mai 2010

Deutscher Bundestag. 16. Wahlperiode (2009): Unterrichtung durch die Bundesregierung - Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland-. 13. Kinder- und Jugendbericht. Drucksache 16/ 12860

Ellert, U./ Neuhauser, H./ Roth-Isigkeit, A.: Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Prävalenz und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys. In: Bundesgesundheitsblatt. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys. (Band 50, Heft 5/6): Heidelberg 2007, S. 711-717

Erb, J./ Werner, M.: Prävalenz von Entwicklungsauffälligkeiten bei Vorschulkindern. Im Vergleich: verschiedene Nationalitäten und Zeitpunkt der Diagnose. In: Kinderärztliche Praxis (2003); 6, S. 368-375

Erb, J./ Werner, M.: Maßnahmen der Frühförderung bis zur Einschulung. Welche Rolle spielt die Nationalität? In: Kinderärztliche Praxis (2003a); 6, S. 376-380

Erb, J./ Winkler, G.: Rolle der Nationalität bei Übergewicht und Adipositas bei Vorschulkindern. In: Monatsschrift Kinderheilkunde (2004); 3, S. 291-298

Erickson, E.: Identität und Lebenszyklus. Frankfurt/ M. 2002

Fegert, J./ Huss, M./Klosinski, G. et al.: Spezifische Entwicklungsbedingungen. In: Eggers, C./ Fegert, J./ Resch, F.: Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Heidelberg 2004, S.55-92

Fegert, J./ Buchmann, J.: Umschriebene Entwicklungsstörungen und Sinnesstörungen. In: Eggers, C./ Fegert, J./ Resch, F.: Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Heidelberg 2004, S. 751-772

- Flaake, K./ King, V.: Psychosexuelle Entwicklung, Lebenssituation und Lebensentwürfe junger Frauen. Zur weiblichen Adoleszenz in soziologischen und psychoanalytischen Theorien. In: Flaake, K./ King, V. (Hrsg.): Weibliche Adoleszenz. Zur Sozialisation junger Frauen. Weinheim 2003, S. 13-39
- Freitag, CH. M./ Lenz, K./ Lehmkuhl, U.: Psychosoziale Belastung für Verhaltensauffälligkeiten bei Jugendlichen aus migrierten und deutschen Familien. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2000); 28, S. 93-103
- Gartstein, M. et al.: Cross-cultural-difference in temperament in the first year of life. USA and Russia. Journal of behavioral Development. 27/ 2003, S. 316-328
- Günther, M.: Psychotische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. In: Hopf, H./ Windaus, E. (Hrsg.): Lehrbuch der Psychotherapie. München 2007, S.505-516
- Haasen, C./ Kleinemeier, E./ Yagdiran, O.: Kulturelle Aspekte bei der Diagnostik psychischer Störungen. In: H. J. Assion (Hrsg.): Migration und seelische Gesundheit. Heidelberg 2005, S.145-156
- Häßler, F./ Fegert, J.: Hyperkinetische Störungen. In: Eggers, C./ Fegert, J./ Resch, F.: Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Heidelberg 2004, S.819-848
- Haug-Schnabel, G./ Bensel, J.: Grundlagen der Entwicklungspsychologie. Die ersten 10 Jahre. Freiburg 2010
- Heine, P./ Assion, H.: Traditionelle Medizin in islamischen Kulturen. In: H. J. Assion (Hrsg.): Migration und seelische Gesundheit. Heidelberg 2005, S. 29-46
- Heinemann, E./ Hopf, H.: Psychische Störungen in Kindheit und Jugend. Stuttgart 2004

Heise, T.: Entwicklungsgeschichte der Transkulturellen Psychiatrie. In: H. J. Assion (Hrsg.): Migration und seelische Gesundheit. Heidelberg 2005, S. 47-58

Hoffmann, O./ Hochapfel, G. (Hrsg): Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin. Stuttgart 2004

Hofstede, G.: Lokales Denken, Globales Handeln. Interkulturelle Zusammenarbeit und globales Management. München 2001

Hopf, H.: Psychoanalyse von Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). In: Hopf, H./ Windaus, E. (Hrsg.): Lehrbuch der Psychotherapie. München 2007, S.327-342

Hopf, H.: Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen-Diagnose, Indikation und Behandlung mit psychoanalytisch begründetem Vorgehen. (unveröffentlichter Vortrag vom 19.3.2010 an der BAP)

Hölling, H./ Schlack, R.: Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KIGGS). In: Bundesgesundheitsblatt. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys. (Band 50, Heft 5/6): Heidelberg 2007, S.794-799

Hölling, H./ Erhart, M./ Ravens-Sieberger, U./ Schlack, R.: Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey. In: Bundesgesundheitsblatt. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurvey. (Band 50, Heft 5/6): Heidelberg 2007, S. 784-793

Hurrelmann, K.: Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Weinheim 2003

iaf-Verband binationaler Familien und Partnerschaften 2008: Binationale Familien und Partnerschaften-Zahlen und Fakten. Auf: www.verband-binationaler.de

Israel, A. (Hrsg.): Der Säugling und seine Eltern. Die psychoanalytische Behandlung frühester Entwicklungsstörungen. Frankfurt/ M. 2007

Jugend-Shell-Studie 2000. (Hrsg.): Fischer, A./ Fritsche, Y. et al., Band 1, Opladen 2000

Jugend-Shell-Studie 2006. (Hrsg.): Hurrelmann, K./ Albert, M. et al., Frankfurt/ M. 2006

Kahl, H./ Dortsch, R./ Ellsäßer, G.: Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen (1-17 Jahre) und Umsetzung von persönlichen Schutzmaßnahmen. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitssurveys. In: Bundesgesundheitsblatt. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys. (Band 50, Heft 5/6): Heidelberg 2007, S. 718-727

Kamtsiuris, P./ Atzpodien, K./ Ellert, U./ Schlack, R./ Schlad, M.: Prävalenz von somatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys. In: Bundesgesundheitsblatt. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys. (Band 50, Heft 5/6): Heidelberg 2007, S. 686-700

Khounani, P.: Binationale Familien in Deutschland und die Erziehung der Kinder. Frankfurt/ M. 2000

KIGGS: Ergebnisse des Kinder- und Gesundheitssurveys. Bundesgesundheitsblatt. Band 50. Heft 5/6, 2007

Klöcker, M./ Tworuschka, U. (Hrsg.): Ethik der Weltreligionen -ein Handbuch. Darmstadt 2005

Köhler, L.: Frühe Störungen aus Sicht zunehmender Mentalisierung. In: Forum der Psychoanalyse. Zeitschrift für Klinische Theorie und Praxis. Band 20, 2/ 2004

- Kraus, M.: Somatisierung im kulturellen Kontext. In: Wohlfart, E./ Zaumseil, M. (Hrsg.): Transkulturelle Psychiatrie-Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis 2006, S. 361-376
- Krewer, B./ Eckensberger, L.: Selbstentwicklung und kulturelle Identität. In: Hurrelmann, K./ Ulich, D. (Hrsg.): Handbuch der Sozialisationsforschung. Weinheim 1998, S. 573-594
- Kromrey, H.: Empirische Sozialforschung. Opladen 2002
- Kunze, N.: Bikulturelle Paare in der psychologischen Beratung. In: Oetker-Funk, R./ Maurer, A.: Interkulturelle psychologische Beratung. Entwicklung und Praxis eines migrantensensiblen Konzeptes. Norderstedt 2009
- Kurth, B.-M./ Schaffrath Rosario, A.: Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern- und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder und Jugendgesundheits surveys (KIGGS). In: Bundesgesundheitsblatt. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys. (Band 50, Heft 5/6): Heidelberg 2007, S.736-743
- Lampert, T./ Thamm, M.: Tabak-Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder und Jugendgesundheits surveys (KIGGS). In: Bundesgesundheitsblatt. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits survey. (Band 50, Heft 5/6): Heidelberg 2007, S. 600-608
- Langfeldt, H./ Nothdurft, W.: Psychologie. Grundlagen und Perspektiven für die soziale Arbeit. München 2007
- Le Camus, J.: Die Bedeutung des Vaters für die psychische Entwicklung des Kindes. Weinheim 2003

- Lehmkuhl, G./ Fricke, O./ Lehmkuhl, U.: Biologische, biopsychologische und pharmakologische Grundlagen der Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. In: Hopf, H./ Windaus, E. (Hrsg.): Lehrbuch der Psychotherapie. München 2007, S.29-48
- Lehmkuhl, U./ Huss, M.: Spezifische Entwicklungsbedingungen: Scheidung, Trennung, Alleinerziehung. In: Eggers, C./ Fegert, J./ Resch, F. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Heidelberg 2004, S. 64-72
- Luk, E./ Leung, P./ Ho, T-P.: Cultural/ ethnic aspects of childhood hyperactivity. In: Sandberg, S.: Hyperactivity and attention disorders of Childhood. Cambridge 2002, S. 64-98
- Mattejat, F.: Kinder mit psychisch kranken Eltern. In: Mattejat, F./ Lisofsky, B. (Hrsg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. Bonn 2009, S. 68-95
- Montada, L./ Oerter, R. (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. Weinheim 2008
- Munz,, D. et al.: Analytische Psychotherapie von Essstörungen. In: Hopf, H./ Windaus, E. (Hrsg.): Lehrbuch der Psychotherapie. München 2007, S. 365-384
- Offermann, C.: Essstörungen bei Migrantinnen. In: P. Marschalck/ K. Wiedl: Migration und Krankheit. Osnabrück 2001, S. 189-207
- Pfeiffer, W.: Transkulturelle Psychiatrie. Ergebnisse und Probleme. Stuttgart 1971/ 1994
- Ravens-Sieberer, U./ Wille, N./ Bettge, S./ Erhart, M.: Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KIGGS). In: Bundesgesundheitsblatt. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys. (Band 50, Heft 5/6): Heidelberg 2007, S. 871-879

- Remschmidt, H./ Schmidt, M./ Poustka, F. (Hrsg.): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD 10 der WHO. Bern 2001
- Resch, F.: Selbstverletzendes Verhalten. In: Hopf, H./ Windaus, E. (Hrsg.): Lehrbuch der Psychotherapie. München 2007, S. 303-310
- Resch, F./ Brunner, R.: Posttraumatische Belastungsstörungen, Anpassungsstörungen und Selbstbeschädigungserkrankungen. In: Eggers, C./ Fegert, J./ Resch, F.: Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Heidelberg 2004, S.517-540
- Resch, F./ Fegert, J.: Ätiologische Modelle. In: Eggers, C./ Fegert, J./ Resch, F.: Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Heidelberg 2004, S. 93-108
- Robert Koch Institut (Hrsg.): Migration und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin 2008
- Rockmann, U.: Wer sind und wo leben die Zuwanderer in Berlin. Einwohnerinnen und Einwohner mit Migrationshintergrund in Berlin. Vortrag vom 30.3.2011. Auf: www.berlin.de/lb/intmig/statistik
- Rudolf, G.: Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Stuttgart 2005
- Scharnhorst, J.: Was kosten psychische Erkrankungen? In: reportpsychologie. Fachzeitschrift des BDP. 3/ 2010, S. 138-139
- Schenk, L./ Ellert, U./ Neuhauser, H.: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Methodische Aspekte im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS). In: Bundesgesundheitsblatt. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys. (Band 50, Heft 5/6): Heidelberg 2007, S. 590-600

Schepker, R./ Toker, M.: Transkulturelle Kinder- und Jugendpsychiatrie. Berlin 2009

Schepker, R./ Toker, M./ Eberding, A.: Abschlussbericht. Familiäre Bewältigungsstrategien. Bewältigungsstrategien und Umgang mit verhaltensauffälligen Jugendlichen in Familien aus der Türkei unter besonderer Berücksichtigung jugendpsychiatrischer Versorgung. Auf:
URL: <http://vts.uni-ulm.de/doc.asp?id=5354> (2005)

Schlack, R./ Hölling, H.: Gewalterfahrungen von Kindern und Jugendlichen im subjektiven Selbstbericht. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. In: Bundesgesundheitsblatt. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys. (Band 50, Heft 5/6): Heidelberg 2007, S. 819-826

Schlack, R./ Hölling, H./ Kurth, B.-M./ Huss, M.: Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys. In: Bundesgesundheitsblatt. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys. (Band 50, Heft 5/6): Heidelberg 2007, S. 827-835

Schmeck, K.: Störung des Sozialverhaltens. In: Eggers, C./ Fegert, J./ Resch, F.: Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters. Heidelberg 2004, S.849-874

Schmid-Boß, S.: Enuresis und Enkopresis. In: Hopf, H./ Windaus, E. (Hrsg.): Lehrbuch der Psychotherapie. München 2007, S. 385-402

Schmidt, M./ Ulrich, C.: Paare im Kontext von Forschung und Therapie: Ein systemisches Paartherapiemodell. In: BDP (Hrsg.): Familien in Deutschland. Beiträge aus familienpsychologischer Sicht. Berlin 2009, S. 69-74

Schnell, R./ Hill, P./ Esser, E.: Methoden empirischer Sozialforschung. München 1999

Schneewind, K./ Weiß, J.: Die Konsequenzen von Elternverlust bei Kindern und Jugendlichen. In: Oerter, R./ Montada, L.: Entwicklungspsychologie. Weinheim 1998, S. 1037-1044

Schouler-Ocak, M.: Besonderheiten in der psychiatrischen Versorgung von Migrantinnen. In: T. Borde/ M. David (Hrsg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Bonn 2003, S. 153-166

Schouler-Ocak, M.: Sind Migrantinnen und Migranten anders depressiv? In: Borde, T./ David, M.: Migration und psychische Gesundheit. Frankfurt/ M. 2007. S.83-94

Schouler-Ocak, Meryam: Vortrag 13 (Migration und Suizidalität), DGS Tagung 2009, Berlin, www.neuhland.de

Schröder, T. (2010) Auf: http://tschroeder.eu/weblog/?page_id=2

Schulte -Markwort, M.: Depression und Suizidalität. In: Hopf, H./ Windaus, E. (Hrsg.): Lehrbuch der Psychotherapie. München 2007, S.311-326

Seiffge-Krenke, I.: Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Therapie mit Jugendlichen. Stuttgart 2007

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.): Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule. Berlin 2003

Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung (Hrsg.): Blickpunkt Schule- Berliner Schulstatistik in Schuljahr 2007/ 2008. Berlin 2008

Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (Hrsg.): Basisbericht 2009 (Band 1 und 2). Gesundheitsberichterstattung Berlin Daten des Gesundheits- und Sozialwesens. Berlin 2010

Sieverding, Monika (2007): <http://www.querelles-net.de/index.php/qn/article/view/542/550>

Sinus Sociovision 2008. Auf: www.MigrantenMilieus_Zentrale_Ergebnisse_09122008

Starker, A./ Lampert, T./ Worth, A./ Oberger, J./ Kahl, H./ Bös, K.: Motorische Leistungsfähigkeit. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys. In: Bundesgesundheitsblatt. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys. (Band 50, Heft 5/6): Heidelberg 2007, S. 775-783

Steinhausen, H.-C.: Anorexia nervosa. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. Göttingen 2005

Thiele, A.: Sozialisationsbedingungen in bikulturellen Familien. Eine empirische Untersuchung anhand von Leitfadeninterviews (unveröffentlichte Masterarbeit 2005 an der TU-Berlin/ FB Erziehungswissenschaft)

Thomas, A.: Theoretische Grundlagen interkultureller Kommunikation und Kooperation. „Kultur und Kulturstandards“. In: Thomas, A./ Kinast, E.-U. (Hrsg.): Handbuch Interkulturelle Kommunikation und Kooperation. Band 1. Grundlagen und Praxis. Göttingen 2003, S. 19-31

Tillmann, K.-J.: Sozialisationstheorien. Eine Einführung in den Zusammenhang von Gesellschaft, Institution und Subjektwerdung. Reinbek bei Hamburg 2004

Toprak, A./ Nowacki, K.: Bundesministerium FSFJ (Hrsg.): Gewaltphänomene bei muslimischen Jugendlichen mit Migrationshintergrund und Präventionsstrategien. Dortmund 2010

Ucar, A: Benachteiligt: Ausländische Kinder in der deutschen Sonderschule. 1999

Urech, C./ Schiess, I./ Stucki, V.: Binational? Genial! Der Ratgeber für binationale Paare mit Kindern. Zürich 2005

- Uslucan, H-H.: Gewalterfahrungen, Erziehung im Elternhaus und Wohlbefinden bei deutschen und türkischen Jugendlichen. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. 58 Jg. 4/ 2009, S. 278-296
- Verbrugge, L.: The twain meet. Empirical explanations of sex differences in health and mortality. Journal of Health and Social Behaviour 30/ 1989, S. 282-304
- Wießmeier, B.: Bikulturalität- ein Baustein kindlicher Identität. In: Frießen-Blum, E./ Jacobs, K./ Wießmeier, B. (Hrsg.): Wer ist fremd? Ethnische Herkunft, Familie und Gesellschaft. Opladen 2000, S. 55-92
- Wiedl, K./ Marschalck, P.: Migration, Krankheit und Gesundheit: Probleme der Forschung, Probleme der Versorgung – eine Einführung. In: P. Marschalck/ K. Wiedl: Migration und Krankheit. Osnabrück 2001, S. 9-37
- Wimmer-Puchinger, B./ Wolf, H./ Englender, A.: Migrantinnen im Gesundheitssystem. Inanspruchnahme, Zugangsbarrieren und Strategien zur Gesundheitsförderung. In: Migration und Gesundheit. Bundesgesundheitsblatt, Band 49. Heft 9. Berlin 2006. S. 884-892
- Wohlfart, E./Hodzic, S./ Özbek, T: Transkulturelles Denken und transkulturelle Praxis in der Psychiatrie und Psychotherapie. In: Wohlfart, E./ Zaumseil, M. (Hrsg.): Transkulturelle Psychiatrie-Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis. Heidelberg 2006, S. 143-168
- ZIPP (2010): <http://www.charite.de/psychiatrie/forschung/transkulturelle.html>

12. Anhang: Tabellen

Tab. 1

Zusammensetzung der Klinikpopulation nach Migrationshintergrund

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Deutsch	222	58,0	63,8	63,8
	Migrationshintergrund	126	32,9	36,2	100,0
	Gesamt	348	90,9	100,0	
Fehlend	soziales Elternteil hat	2	,5		
	Migrationshintergrund				
	unklar	9	2,3		
	System	24	6,3		
	Gesamt	35	9,1		
Gesamt		383	100,0		

Tab. 2

Differenzierung des Migrationshintergrundes

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	kein Elternteil	223	58,2	63,5	63,5
	ein Elternteil	54	14,1	15,4	78,9
	beide Elternteile	74	19,3	21,1	100,0
	Gesamt	351	91,6	100,0	
Fehlend	System	32	8,4		
Gesamt		383	100,0		

Tab. 3

Geschlechtsverteilung der Klinikpopulation

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	männlich	216	56,4	60,2	60,2
	weiblich	143	37,3	39,8	100,0
	Gesamt	359	93,7	100,0	
Fehlend	System	24	6,3		
Gesamt		383	100,0		

Tab. 4

Altersverteilung der Klinikpopulation

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig				
unter 6 Jahre	34	8,9	9,5	9,5
6-12 Jahre	100	26,1	27,9	37,3
13-18 Jahre	213	55,6	59,3	96,7
19-21 Jahre	12	3,1	3,3	100,0
Gesamt	359	93,7	100,0	
Fehlend System	24	6,3		
Gesamt	383	100,0		

Tab. 5

Geschlechterverteilung nach Migrationshintergrund

		Geschlecht		Gesamt
		männlich	weiblich	
Migrationshintergrund	ohne			
	Anzahl	136	87	223
	% innerhalb von Migrationshintergrund	61,0%	39,0%	100,0%
	einseitig			
	Anzahl	25	29	54
	% innerhalb von Migrationshintergrund	46,3%	53,7%	100,0%
	beidseitig			
	Anzahl	49	25	74
	% innerhalb von Migrationshintergrund	66,2%	33,8%	100,0%
Gesamt	Anzahl	210	141	351
	% innerhalb von Migrationshintergrund	59,8%	40,2%	100,0%

CV= 0,125

Tab. 6

Altersverteilung nach Migrationshintergrund

		Alter				Gesamt	
		unter 6 Jahre	6-12 Jahre	13-18 Jahre	19-21 Jahre		
Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	26	67	123	7	223
		% innerhalb von Migrationshintergrund	11,7%	30,0%	55,2%	3,1%	100,0%
	einseitig	Anzahl	3	18	33	0	54
		% innerhalb von Migrationshintergrund	5,6%	33,3%	61,1%	,0%	100,0%
	beidseitig	Anzahl	5	13	51	5	74
		% innerhalb von Migrationshintergrund	6,8%	17,6%	68,9%	6,8%	100,0%
Gesamt	Anzahl	34	98	207	12	351	
	% innerhalb von Migrationshintergrund	9,7%	27,9%	59,0%	3,4%	100,0%	

Schwache Signifikanz: 0,053

Tab. 7

Geschlechtsspezifische Altersverteilung der Klinikpopulation

		Alter					
		unter 6 Jahre	6-12 Jahre	13-18 Jahre	19-21 Jahre		
Geschlecht	männlich	Anzahl	25	76	109	6	216
		% innerhalb von Geschlecht	11,6%	35,2%	50,5%	2,8%	100,0%
		% innerhalb von Alter	73,5%	76,0%	51,2%	50,0%	60,2%
	weiblich	Anzahl	9	24	104	6	143
		% innerhalb von Geschlecht	6,3%	16,8%	72,7%	4,2%	100,0%
		% innerhalb von Alter	26,5%	24,0%	48,8%	50,0%	39,8%
Gesamt	Anzahl	34	100	213	12	359	
	% innerhalb von Geschlecht	9,5%	27,9%	59,3%	3,3%	100,0%	
	% innerhalb von Alter	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Signifikanz: 0,000

Tab. 8

Kindergartenbesuch nach Migrationshintergrund

		Kindertagesstättenbesuch		Gesamt
		trifft nicht zu	trifft zu	
Migrationshintergrund	ohne			
	Anzahl	197	26	223
	% innerhalb von Migrationshintergrund	88,3%	11,7%	100,0%
	einseitig			
	Anzahl	52	2	54
	% innerhalb von Migrationshintergrund	96,3%	3,7%	100,0%
	beidseitig			
	Anzahl	68	5	73
	% innerhalb von Migrationshintergrund	93,2%	6,8%	100,0%
	Gesamt			
	Anzahl	317	33	350
	% innerhalb von Migrationshintergrund	90,6%	9,4%	100,0%

Tab. 9

Inanspruchnahme medizinischer Maßnahmen vor stationärer Behandlung

Alter				medizinische Maßnahmen		Gesamt
				trifft nicht zu	trifft zu	
unter 6 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	19	5	24
			% innerhalb von Migrationshintergrund	79,2%	20,8%	100,0%
		einseitig	Anzahl	1	2	3
			% innerhalb von Migrationshintergrund	33,3%	66,7%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	2	1	3
			% innerhalb von Migrationshintergrund	66,7%	33,3%	100,0%
		Gesamt	Anzahl	22	8	30
			% innerhalb von Migrationshintergrund	73,3%	26,7%	100,0%
6-12 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	33	31	64
			% innerhalb von Migrationshintergrund	51,6%	48,4%	100,0%
		einseitig	Anzahl	9	9	18
			% innerhalb von Migrationshintergrund	50,0%	50,0%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	7	5	12
			% innerhalb von Migrationshintergrund	58,3%	41,7%	100,0%
		Gesamt	Anzahl	49	45	94
			% innerhalb von Migrationshintergrund	52,1%	47,9%	100,0%
13-18 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	49	64	113
			% innerhalb von Migrationshintergrund	43,4%	56,6%	100,0%
		einseitig	Anzahl	14	16	30
			% innerhalb von Migrationshintergrund	46,7%	53,3%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	25	13	38
			% innerhalb von Migrationshintergrund	65,8%	34,2%	100,0%
		Gesamt	Anzahl	88	93	181
			% innerhalb von Migrationshintergrund	48,6%	51,4%	100,0%
19-21 Jahre	Migrationshinterg	ohne	Anzahl	3	4	7
			% innerhalb von Migrationshintergrund	42,9%	57,1%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	1	4	5
			% innerhalb von Migrationshintergrund	20,0%	80,0%	100,0%
		Gesamt	Anzahl	4	8	12
			% innerhalb von Migrationshintergrund	33,3%	66,7%	100,0%

Signifikanz: 0,056 (13-18 Jahre)

CV= 0,313 (unter 6 Jahre)

Tab. 10

Geschlechtsspezifische Altersverteilung nach Migrationshintergrund

Migrationshintergrund			Alter				Gesamt
			unter 6 Jahre	6-12 Jahre	13-18 Jahre	19-21 Jahre	
ohne Geschlecht	männlich	Anzahl	18	50	64	4	136
		% innerhalb von Geschlecht	13,2%	36,8%	47,1%	2,9%	100,0%
		% innerhalb von Alter	69,2%	74,6%	52,0%	57,1%	61,0%
	weiblich	Anzahl	8	17	59	3	87
		% innerhalb von Geschlecht	9,2%	19,5%	67,8%	3,4%	100,0%
		% innerhalb von Alter	30,8%	25,4%	48,0%	42,9%	39,0%
	Gesamt	Anzahl	26	67	123	7	223
		% innerhalb von Geschlecht	11,7%	30,0%	55,2%	3,1%	100,0%
		% innerhalb von Alter	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
einseitig	männlich	Anzahl	3	12	10		25
		% innerhalb von Geschlecht	12,0%	48,0%	40,0%		100,0%
		% innerhalb von Alter	100,0%	66,7%	30,3%		46,3%
	weiblich	Anzahl	0	6	23		29
		% innerhalb von Geschlecht	,0%	20,7%	79,3%		100,0%
		% innerhalb von Alter	,0%	33,3%	69,7%		53,7%
	Gesamt	Anzahl	3	18	33		54
		% innerhalb von Geschlecht	5,6%	33,3%	61,1%		100,0%
		% innerhalb von Alter	100,0%	100,0%	100,0%		100,0%
beidseitig	männlich	Anzahl	4	12	31	2	49
		% innerhalb von Geschlecht	8,2%	24,5%	63,3%	4,1%	100,0%
		% innerhalb von Alter	80,0%	92,3%	60,8%	40,0%	66,2%
	weiblich	Anzahl	1	1	20	3	25
		% innerhalb von Geschlecht	4,0%	4,0%	80,0%	12,0%	100,0%
		% innerhalb von Alter	20,0%	7,7%	39,2%	60,0%	33,8%
	Gesamt	Anzahl	5	13	51	5	74
		% innerhalb von Geschlecht	6,8%	17,6%	68,9%	6,8%	100,0%
		% innerhalb von Alter	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Zu Tab. 10:

ohne Migrationshintergrund: Signifikanz 0,017/ CV=0,214

einseitiger Migrationshintergrund: Signifikanz 0,007/ CV=0,428

beidseitiger Migrationshintergrund: CV=0,298

Tab. 11

Alters- und migrationsspezifische Verteilung des Aufwachsens in einer Trennungsfamilie

Alter			Trennungsfamilie		Gesamt
			Trifft nicht zu	trifft zu	
unter 6 Jahre	ohne Migrationshintergrund	Anzahl	14	12	26
		% innerhalb von Migrationshintergrund	53,8%	46,2%	100,0%
	einseitig	Anzahl	2	1	3
		% innerhalb von Migrationshintergrund	66,7%	33,3%	100,0%
	beidseitig	Anzahl	2	3	5
		% innerhalb von Migrationshintergrund	40,0%	60,0%	100,0%
6-12 Jahre	Gesamt	Anzahl	18	16	34
		% innerhalb von Migrationshintergrund	52,9%	47,1%	100,0%
	ohne Migrationshintergrund	Anzahl	16	47	63
		% innerhalb von Migrationshintergrund	25,4%	74,6%	100,0%
	einseitig	Anzahl	2	16	18
		% innerhalb von Migrationshintergrund	11,1%	88,9%	100,0%
13-18 Jahre	beidseitig	Anzahl	5	7	12
		% innerhalb von Migrationshintergrund	41,7%	58,3%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	23	70	93
		% innerhalb von Migrationshintergrund	24,7%	75,3%	100,0%
	ohne Migrationshintergrund	Anzahl	31	83	114
		% innerhalb von Migrationshintergrund	27,2%	72,8%	100,0%
19-21 Jahre	einseitig	Anzahl	5	27	32
		% innerhalb von Migrationshintergrund	15,6%	84,4%	100,0%
	beidseitig	Anzahl	18	25	43
		% innerhalb von Migrationshintergrund	41,9%	58,1%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	54	135	189
		% innerhalb von Migrationshintergrund	28,6%	71,4%	100,0%
19-21 Jahre	ohne Migrationshintergrund	Anzahl	1	5	6
		% innerhalb von Migrationshintergrund	16,7%	83,3%	100,0%
	beidseitig	Anzahl	0	4	4
		% innerhalb von Migrationshintergrund	,0%	100,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	1	9	10
		% innerhalb von Migrationshintergrund	10,0%	90,0%	100,0%

Zu Tab. 11:

Altersgruppe 13-18 Jahre: Signifikanz 0,040

Aus den Daten errechenbar:

Signifikanz: 0,034 (ohne Migrationshintergrund)

Schwache Signifikanz: 0,057; CV= 0,329 (einseitiger Migrationshintergrund)

Tab. 12

Schulabstinenz in Abhängigkeit von Alter und Migrationshintergrund

Alter			schulabstinenz		Gesamt
			Trifft nicht zu	trifft zu	
unter 6 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	26	26
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	100,0%
		einseitig	Anzahl	3	3
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	5	5
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	100,0%
		Gesamt	Anzahl	34	34
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	100,0%
6-12 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	56	67
			% innerhalb von Migrationshintergrund	83,6%	100,0%
		einseitig	Anzahl	15	18
			% innerhalb von Migrationshintergrund	83,3%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	12	13
			% innerhalb von Migrationshintergrund	92,3%	100,0%
		Gesamt	Anzahl	83	98
			% innerhalb von Migrationshintergrund	84,7%	100,0%
13-18 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	75	120
			% innerhalb von Migrationshintergrund	62,5%	100,0%
		einseitig	Anzahl	16	32
			% innerhalb von Migrationshintergrund	50,0%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	34	46
			% innerhalb von Migrationshintergrund	73,9%	100,0%
		Gesamt	Anzahl	125	198
			% innerhalb von Migrationshintergrund	63,1%	100,0%
19-21 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	7	7
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	4	5
			% innerhalb von Migrationshintergrund	80,0%	100,0%
		Gesamt	Anzahl	11	12
			% innerhalb von Migrationshintergrund	91,7%	100,0%

Tab. 13

Inanspruchnahme funktionstherapeutischer Maßnahmen vor stationärer Behandlung

Geschlecht			funktionstherapeutische		Gesamt	
			Maßnahmen			
			trifft nicht zu	trifft zu		
männlich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	90	40	130
			% innerhalb von Migrationshintergrund	69,2%	30,8%	100,0%
			% innerhalb von funktionstherapeutische Maßnahmen	62,9%	76,9%	66,7%
		einseitig	Anzahl	19	6	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	76,0%	24,0%	100,0%
			% innerhalb von funktionstherapeutische Maßnahmen	13,3%	11,5%	12,8%
		beidseitig	Anzahl	34	6	40
			% innerhalb von Migrationshintergrund	85,0%	15,0%	100,0%
			% innerhalb von funktionstherapeutische Maßnahmen	23,8%	11,5%	20,5%
	Gesamt	Anzahl	143	52	195	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	73,3%	26,7%	100,0%	
		% innerhalb von funktionstherapeutische Maßnahmen	100,0%	100,0%	100,0%	
weiblich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	65	13	78
			% innerhalb von Migrationshintergrund	83,3%	16,7%	100,0%
			% innerhalb von funktionstherapeutische Maßnahmen	61,9%	76,5%	63,9%
		einseitig	Anzahl	23	3	26
			% innerhalb von Migrationshintergrund	88,5%	11,5%	100,0%
			% innerhalb von funktionstherapeutische Maßnahmen	21,9%	17,6%	21,3%
		beidseitig	Anzahl	17	1	18
			% innerhalb von Migrationshintergrund	94,4%	5,6%	100,0%
			% innerhalb von funktionstherapeutische Maßnahmen	16,2%	5,9%	14,8%
	Gesamt	Anzahl	105	17	122	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	86,1%	13,9%	100,0%	
		% innerhalb von funktionstherapeutische Maßnahmen	100,0%	100,0%	100,0%	

CV= 0,143 (männlich); CV=0,117 (weiblich)/ aus Daten errechnet: Signifikanz: 0,024 (ohne Migrationshintergrund)

Tab. 14

Schulbildung nach Geschlecht und Migrationshintergrund

Migrationshintergrund				Geschlecht		Gesamt
				männlich	weiblich	
ohne Ausbildung	Schulbildung / Abschluss / Grundschule	Anzahl		41	14	55
		% innerhalb von Schulbildung / Abschluss / Ausbildung		74,5%	25,5%	100,0%
	Gymnasium	Anzahl		17	10	27
		% innerhalb von Schulbildung / Abschluss / Ausbildung		63,0%	37,0%	100,0%
	Realschule	Anzahl		15	12	27
		% innerhalb von Schulbildung / Abschluss / Ausbildung		55,6%	44,4%	100,0%
	Hauptschule	Anzahl		10	16	26
		% innerhalb von Schulbildung / Abschluss / Ausbildung		38,5%	61,5%	100,0%
	Gesamtschule	Anzahl		5	11	16
		% innerhalb von Schulbildung / Abschluss / Ausbildung		31,3%	68,8%	100,0%
	Sonderschule	Anzahl		9	4	13
		% innerhalb von Schulbildung / Abschluss / Ausbildung		69,2%	30,8%	100,0%
	Schulprojekt	Anzahl		3	4	7
		% innerhalb von Schulbildung / Abschluss / Ausbildung		42,9%	57,1%	100,0%
einseitig	ohne Abschluss/ Abbruch	Anzahl		8	3	11
		% innerhalb von Schulbildung / Abschluss / Ausbildung		72,7%	27,3%	100,0%
	Gesamt	Anzahl		108	74	182
		% innerhalb von Schulbildung / Abschluss / Ausbildung		59,3%	40,7%	100,0%
	Schulbildung / Abschluss / Grundschule	Anzahl		12	5	17
		% innerhalb von Schulbildung / Abschluss / Ausbildung		70,6%	29,4%	100,0%
	Gymnasium	Anzahl		3	2	5
		% innerhalb von Schulbildung / Abschluss / Ausbildung		60,0%	40,0%	100,0%
	Realschule	Anzahl		1	6	7
		% innerhalb von Schulbildung / Abschluss / Ausbildung		14,3%	85,7%	100,0%

Schulbildung nach Geschlecht und Migrationshintergrund

Migrationshintergrund				Geschlecht		Gesamt
				männlich	weiblich	
	Hauptschule	Anzahl		1	4	5
		% innerhalb von Schulbildung /		20,0%	80,0%	100,0%
		Abschluss / Ausbildung				
	Gesamtschule	Anzahl		1	3	4
		% innerhalb von Schulbildung /		25,0%	75,0%	100,0%
		Abschluss / Ausbildung				
	Sonderschule	Anzahl		1	1	2
		% innerhalb von Schulbildung /		50,0%	50,0%	100,0%
		Abschluss / Ausbildung				
	Schulprojekt	Anzahl		1	3	4
		% innerhalb von Schulbildung /		25,0%	75,0%	100,0%
		Abschluss / Ausbildung				
	ohne Abschluss/ Abbruch	Anzahl		0	2	2
		% innerhalb von Schulbildung /		,0%	100,0%	100,0%
		Abschluss / Ausbildung				
	Gesamt	Anzahl		20	26	46
		% innerhalb von Schulbildung /		43,5%	56,5%	100,0%
		Abschluss / Ausbildung				
beidseitig	Schulbildung / Abschluss / Ausbildung	Grundschule	Anzahl	12	1	13
			% innerhalb von Schulbildung /	92,3%	7,7%	100,0%
			Abschluss / Ausbildung			
		Gymnasium	Anzahl	1	3	4
			% innerhalb von Schulbildung /	25,0%	75,0%	100,0%
			Abschluss / Ausbildung			
		Realschule	Anzahl	3	1	4
			% innerhalb von Schulbildung /	75,0%	25,0%	100,0%
			Abschluss / Ausbildung			
		Hauptschule	Anzahl	9	3	12
			% innerhalb von Schulbildung /	75,0%	25,0%	100,0%
			Abschluss / Ausbildung			
		Gesamtschule	Anzahl	3	3	6
			% innerhalb von Schulbildung /	50,0%	50,0%	100,0%
			Abschluss / Ausbildung			
		Sonderschule	Anzahl	5	3	8
			% innerhalb von Schulbildung /	62,5%	37,5%	100,0%
			Abschluss / Ausbildung			

Schulbildung nach Geschlecht und Migrationshintergrund

Migrationshintergrund		Geschlecht		Gesamt
		männlich	weiblich	
Schulprojekt	Anzahl	1	1	2
	% innerhalb von Schulbildung /	50,0%	50,0%	100,0%
	Abschluss / Ausbildung			
ohne Abschluss/ Abbruch	Anzahl	6	5	11
	% innerhalb von Schulbildung /	54,5%	45,5%	100,0%
	Abschluss / Ausbildung			
Gesamt	Anzahl	40	20	60
	% innerhalb von Schulbildung /	66,7%	33,3%	100,0%
	Abschluss / Ausbildung			

Zu Tab 14:

Signifikanz: 0,014 (ohne Mig.)

CV= 0,311 (ohne); CV= 0,508 (einseitig); CV= 0,393 (beidseitig)

Tab. 15

Aufwachsen in einem konfliktreichen Familienmilieu nach Migrationshintergrund

		Konflikthafte Familienbeziehungen		Gesamt
		trifft nicht zu	trifft zu	
Migrationshintergrund	ohne			
	Anzahl	167	42	209
	% innerhalb von Migrationshintergrund	79,9%	20,1%	100,0%
	einzel			
	Anzahl	40	13	53
	% innerhalb von Migrationshintergrund	75,5%	24,5%	100,0%
	beids			
	Anzahl	54	10	64
	% innerhalb von Migrationshintergrund	84,4%	15,6%	100,0%
	Gesamt			
	Anzahl	261	65	326
	% innerhalb von Migrationshintergrund	80,1%	19,9%	100,0%

Tab. 16

Traumatische Erfahrungen / Traumatisierungen nach Migrationshintergrund und Geschlecht

Migrationshintergrund				Traumata		Gesamt
				trifft nicht zu	trifft zu	
ohne	Geschlecht	männlich	Anzahl	111	16	127
			% innerhalb von Geschlecht	87,4%	12,6%	100,0%
			% innerhalb von Traumata	61,7%	55,2%	60,8%
		weiblich	Anzahl	69	13	82
			% innerhalb von Geschlecht	84,1%	15,9%	100,0%
			% innerhalb von Traumata	38,3%	44,8%	39,2%
	Gesamt		Anzahl	180	29	209
			% innerhalb von Geschlecht	86,1%	13,9%	100,0%
			% innerhalb von Traumata	100,0%	100,0%	100,0%
einseitig	Geschlecht	männlich	Anzahl	18	7	25
			% innerhalb von Geschlecht	72,0%	28,0%	100,0%
			% innerhalb von Traumata	42,9%	63,6%	47,2%
		weiblich	Anzahl	24	4	28
			% innerhalb von Geschlecht	85,7%	14,3%	100,0%
			% innerhalb von Traumata	57,1%	36,4%	52,8%
	Gesamt		Anzahl	42	11	53
			% innerhalb von Geschlecht	79,2%	20,8%	100,0%
			% innerhalb von Traumata	100,0%	100,0%	100,0%
beidseitig	Geschlecht	männlich	Anzahl	27	18	45
			% innerhalb von Geschlecht	60,0%	40,0%	100,0%
			% innerhalb von Traumata	65,9%	75,0%	69,2%
		weiblich	Anzahl	14	6	20
			% innerhalb von Geschlecht	70,0%	30,0%	100,0%
			% innerhalb von Traumata	34,1%	25,0%	30,8%
	Gesamt		Anzahl	41	24	65
			% innerhalb von Geschlecht	63,1%	36,9%	100,0%
			% innerhalb von Traumata	100,0%	100,0%	100,0%

Aus Daten errechnet: Signifikanz: 0,000 (männlich)

Tab. 17

Migrationsstatus der Patienten

		Migrationsstatus des Patienten			Gesamt
		keinen	in Deutschland geboren	nach Deutschland migriert	
Migrationshintergrund	ohne				
	Anzahl	221	0	2	223
	% innerhalb von Migrationshintergrund	99,1%	,0%	,9%	100,0%
	einseitig				
	Anzahl	2	48	4	54
	% innerhalb von Migrationshintergrund	3,7%	88,9%	7,4%	100,0%
	beidseitig				
	Anzahl	0	47	27	74
	% innerhalb von Migrationshintergrund	,0%	63,5%	36,5%	100,0%
Gesamt	Anzahl	223	95	33	351
	% innerhalb von Migrationshintergrund	63,5%	27,1%	9,4%	100,0%

Signifikanz: 0,00

Anmerkung: 2 Patienten aus der Gruppe der „deutschen Patienten“ sind Diplomatenkinder und daher im Ausland geboren und migriert/ 2 Patienten aus der Gruppe der Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund wachsen mit einem ausländischen, aber nichtleiblichen Elternteil auf, wobei das leibliche Elternteil unbekannt ist.

Tab. 18

Tod eines Elternteils als biographisches Ereignis/ Verteilung nach Alter und Migrationshintergrund

Migrationshintergrund				Tod eines Elternteils		Gesamt
				trifft nicht zu	trifft zu	
ohne Alter	unter 6 Jahre	Anzahl		25	1	26
		% innerhalb von Alter		96,2%	3,8%	100,0%
		% innerhalb von Tod eines Elternteils		12,8%	7,1%	12,4%
	6-12 Jahre	Anzahl		60	3	63
		% innerhalb von Alter		95,2%	4,8%	100,0%
		% innerhalb von Tod eines Elternteils		30,8%	21,4%	30,1%
	13-18 Jahre	Anzahl		106	8	114
		% innerhalb von Alter		93,0%	7,0%	100,0%
		% innerhalb von Tod eines Elternteils		54,4%	57,1%	54,5%
	19-21 Jahre	Anzahl		4	2	6
		% innerhalb von Alter		66,7%	33,3%	100,0%
		% innerhalb von Tod eines Elternteils		2,1%	14,3%	2,9%
	Gesamt	Anzahl		195	14	209
		% innerhalb von Alter		93,3%	6,7%	100,0%
		% innerhalb von Tod eines Elternteils		100,0%	100,0%	100,0%
einseitig Alter	unter 6 Jahre	Anzahl		3	0	3
		% innerhalb von Alter		100,0%	,0%	100,0%
		% innerhalb von Tod eines Elternteils		6,1%	,0%	5,7%
	6-12 Jahre	Anzahl		18	0	18
		% innerhalb von Alter		100,0%	,0%	100,0%
		% innerhalb von Tod eines Elternteils		36,7%	,0%	34,0%
	13-18 Jahre	Anzahl		28	4	32
		% innerhalb von Alter		87,5%	12,5%	100,0%
		% innerhalb von Tod eines Elternteils		57,1%	100,0%	60,4%
	Gesamt	Anzahl		49	4	53
		% innerhalb von Alter		92,5%	7,5%	100,0%
		% innerhalb von Tod eines Elternteils		100,0%	100,0%	100,0%
beidseitig Alter	unter 6 Jahre	Anzahl		5	0	5
		% innerhalb von Alter		100,0%	,0%	100,0%
		% innerhalb von Tod eines Elternteils		9,1%	,0%	7,8%
	6-12 Jahre	Anzahl		11	1	12
		% innerhalb von Alter		91,7%	8,3%	100,0%
		% innerhalb von Tod eines Elternteils		20,0%	11,1%	18,8%
	13-18 Jahre	Anzahl		35	8	43
		% innerhalb von Alter		81,4%	18,6%	100,0%
		% innerhalb von Tod eines Elternteils		63,6%	88,9%	67,2%

Tod eines Elternteils als biographisches Ereignis/ Verteilung nach Alter und Migrationshintergrund

Migrationshintergrund		Tod eines Elternteils		Gesamt
		trifft nicht zu	trifft zu	
19-21 Jahre	Anzahl	4	0	4
	% innerhalb von Alter	100,0%	,0%	100,0%
	% innerhalb von Tod eines Elternteils	7,3%	,0%	6,3%
Gesamt	Anzahl	55	9	64
	% innerhalb von Alter	85,9%	14,1%	100,0%
	% innerhalb von Tod eines Elternteils	100,0%	100,0%	100,0%

CV= 0,190 (ohne Mig.); CV=0,231 (einseitig Mig.); CV=0,199 (beidseitig Mig.)

Kreuztabelle ohne Aufschlüsselung nach Migrationshintergrund ergibt folgende Werte für das Ereignis:

< 6Jahre: 2,9% - 6-12 Jahre: 4,3% - 13-18 Jahre: 10,8%

Tab. 18a

Tod eines Elternteils als biographisches Ereignis/ Verteilung nach Geschlecht und Migrationshintergrund

Geschlecht				Tod eines Elternteils		Gesamt
				trifft nicht zu	trifft zu	
männlich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	118	9	127
			% innerhalb von Migrationshintergrund	92,9%	7,1%	100,0%
		einseitig	Anzahl	24	1	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	96,0%	4,0%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	38	7	45
			% innerhalb von Migrationshintergrund	84,4%	15,6%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	180	17	197	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	91,4%	8,6%	100,0%	
weiblich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	77	5	82
			% innerhalb von Migrationshintergrund	93,9%	6,1%	100,0%
		einseitig	Anzahl	25	3	28
			% innerhalb von Migrationshintergrund	89,3%	10,7%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	17	2	19
			% innerhalb von Migrationshintergrund	89,5%	10,5%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	119	10	129	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	92,2%	7,8%	100,0%	

Tab. 19

Aufwachsen mit einem alleinerziehenden Elternteil/ Verteilung nach Geschlecht und Migrationshintergrund

Migrationshintergrund				Alleinerziehendes Elternteil		Gesamt
				trifft nicht zu	trifft zu	
ohne	Geschlecht männlich	Anzahl		70	57	127
		% innerhalb von Geschlecht		55,1%	44,9%	100,0%
		% innerhalb von Alleinerziehendes Elternteil		63,6%	57,6%	60,8%
	weiblich	Anzahl		40	42	82
		% innerhalb von Geschlecht		48,8%	51,2%	100,0%
		% innerhalb von Alleinerziehendes Elternteil		36,4%	42,4%	39,2%
	Gesamt	Anzahl		110	99	209
		% innerhalb von Geschlecht		52,6%	47,4%	100,0%
		% innerhalb von Alleinerziehendes Elternteil		100,0%	100,0%	100,0%
einseitig	Geschlecht männlich	Anzahl		8	17	25
		% innerhalb von Geschlecht		32,0%	68,0%	100,0%
		% innerhalb von Alleinerziehendes Elternteil		50,0%	45,9%	47,2%
	weiblich	Anzahl		8	20	28
		% innerhalb von Geschlecht		28,6%	71,4%	100,0%
		% innerhalb von Alleinerziehendes Elternteil		50,0%	54,1%	52,8%
	Gesamt	Anzahl		16	37	53
		% innerhalb von Geschlecht		30,2%	69,8%	100,0%
		% innerhalb von Alleinerziehendes Elternteil		100,0%	100,0%	100,0%
beidseitig	Geschlecht männlich	Anzahl		24	21	45
		% innerhalb von Geschlecht		53,3%	46,7%	100,0%
		% innerhalb von Alleinerziehendes Elternteil		66,7%	75,0%	70,3%
	weiblich	Anzahl		12	7	19
		% innerhalb von Geschlecht		63,2%	36,8%	100,0%
		% innerhalb von Alleinerziehendes Elternteil		33,3%	25,0%	29,7%
	Gesamt	Anzahl		36	28	64
		% innerhalb von Geschlecht		56,3%	43,8%	100,0%
		% innerhalb von Alleinerziehendes Elternteil		100,0%	100,0%	100,0%

Aus den Daten errechnet: Signifikanz: 0,052 (weiblich)

Tab. 20

Aufwachsen mit einem alleinerziehenden Elternteil/ Verteilung nach Alter und Geschlecht

Migrationshintergrund				Alleinerziehendes Elternteil		Gesamt
				trifft nicht zu	trifft zu	
ohne	Alter unter 6 Jahre	Anzahl		19	7	26
		% innerhalb von Alter		73,1%	26,9%	100,0%
		% innerhalb von Alleinerziehendes Elternteil		17,3%	7,1%	12,4%
	6-12 Jahre	Anzahl		29	34	63
		% innerhalb von Alter		46,0%	54,0%	100,0%
		% innerhalb von Alleinerziehendes Elternteil		26,4%	34,3%	30,1%
	13-18 Jahre	Anzahl		59	55	114
		% innerhalb von Alter		51,8%	48,2%	100,0%
		% innerhalb von Alleinerziehendes Elternteil		53,6%	55,6%	54,5%
	19-21 Jahre	Anzahl		3	3	6
		% innerhalb von Alter		50,0%	50,0%	100,0%
		% innerhalb von Alleinerziehendes Elternteil		2,7%	3,0%	2,9%
	Gesamt	Anzahl		110	99	209
		% innerhalb von Alter		52,6%	47,4%	100,0%
		% innerhalb von Alleinerziehendes Elternteil		100,0%	100,0%	100,0%
einseitig	Alter unter 6 Jahre	Anzahl		3	0	3
		% innerhalb von Alter		100,0%	,0%	100,0%
		% innerhalb von Alleinerziehendes Elternteil		18,8%	,0%	5,7%
	6-12 Jahre	Anzahl		5	13	18
		% innerhalb von Alter		27,8%	72,2%	100,0%
		% innerhalb von Alleinerziehendes Elternteil		31,3%	35,1%	34,0%
	13-18 Jahre	Anzahl		8	24	32
		% innerhalb von Alter		25,0%	75,0%	100,0%
		% innerhalb von Alleinerziehendes Elternteil		50,0%	64,9%	60,4%
	Gesamt	Anzahl		16	37	53
		% innerhalb von Alter		30,2%	69,8%	100,0%
		% innerhalb von Alleinerziehendes Elternteil		100,0%	100,0%	100,0%
beidseitig	Alter unter 6 Jahre	Anzahl		2	3	5
		% innerhalb von Alter		40,0%	60,0%	100,0%
		% innerhalb von Alleinerziehendes Elternteil		5,6%	10,7%	7,8%
	6-12 Jahre	Anzahl		8	4	12
		% innerhalb von Alter		66,7%	33,3%	100,0%
		% innerhalb von Alleinerziehendes Elternteil		22,2%	14,3%	18,8%
	13-18 Jahre	Anzahl		25	18	43
		% innerhalb von Alter		58,1%	41,9%	100,0%
		% innerhalb von Alleinerziehendes Elternteil		69,4%	64,3%	67,2%

Aufwachsen mit einem alleinerziehenden Elternteil/ Verteilung nach Alter und Geschlecht

Migrationshintergrund		Alleinerziehendes Elternteil		Gesamt
		trifft nicht zu	trifft zu	
19-21 Jahre	Anzahl	1	3	4
	% innerhalb von Alter	25,0%	75,0%	100,0%
	% innerhalb von Alleinerziehendes Elternteil	2,8%	10,7%	6,3%
Gesamt	Anzahl	36	28	64
	% innerhalb von Alter	56,3%	43,8%	100,0%
	% innerhalb von Alleinerziehendes Elternteil	100,0%	100,0%	100,0%

Signifikanz: 0,025 (bei einseitigem Migrationshintergrund), CV=0,374 (einseitig Mig.)

Aus den Daten errechnet: Signifikanz: 0,010 (13-18 Jahre)

Tab. 21

Fremdunterbringung vor stationärer Behandlung/ Verteilung nach Alter und Migrationshintergrund

Alter			Pat. ist fremduntergebracht		Gesamt	
			trifft nicht zu	trifft zu		
unter 6 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	25	1	26
			% innerhalb von Migrationshintergrund	96,2%	3,8%	100,0%
			% innerhalb von Pat. ist fremduntergebracht	78,1%	50,0%	76,5%
		einseitig	Anzahl	2	1	3
			% innerhalb von Migrationshintergrund	66,7%	33,3%	100,0%
			% innerhalb von Pat. ist fremduntergebracht	6,3%	50,0%	8,8%
		beidseitig	Anzahl	5	0	5
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	,0%	100,0%
			% innerhalb von Pat. ist fremduntergebracht	15,6%	,0%	14,7%
	Gesamt	Anzahl	32	2	34	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	94,1%	5,9%	100,0%	
		% innerhalb von Pat. ist fremduntergebracht	100,0%	100,0%	100,0%	
6-12 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	59	4	63
			% innerhalb von Migrationshintergrund	93,7%	6,3%	100,0%
			% innerhalb von Pat. ist fremduntergebracht	67,0%	80,0%	67,7%
		einseitig	Anzahl	17	1	18
			% innerhalb von Migrationshintergrund	94,4%	5,6%	100,0%
			% innerhalb von Pat. ist fremduntergebracht	19,3%	20,0%	19,4%
		beidseitig	Anzahl	12	0	12
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	,0%	100,0%
			% innerhalb von Pat. ist fremduntergebracht	13,6%	,0%	12,9%
	Gesamt	Anzahl	88	5	93	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	94,6%	5,4%	100,0%	
		% innerhalb von Pat. ist fremduntergebracht	100,0%	100,0%	100,0%	
13-18 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	78	36	114
			% innerhalb von Migrationshintergrund	68,4%	31,6%	100,0%
			% innerhalb von Pat. ist fremduntergebracht	63,9%	53,7%	60,3%
		einseitig	Anzahl	19	13	32
			% innerhalb von Migrationshintergrund	59,4%	40,6%	100,0%
			% innerhalb von Pat. ist fremduntergebracht	15,6%	19,4%	16,9%
		beidseitig	Anzahl	25	18	43
			% innerhalb von Migrationshintergrund	58,1%	41,9%	100,0%
			% innerhalb von Pat. ist fremduntergebracht	20,5%	26,9%	22,8%
	Gesamt	Anzahl	122	67	189	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	64,6%	35,4%	100,0%	
		% innerhalb von Pat. ist fremduntergebracht	100,0%	100,0%	100,0%	

Fremdunterbringung vor stationärer Behandlung/ Verteilung nach Alter und Migrationshintergrund

Alter				Pat. ist fremduntergebracht		Gesamt
				trifft nicht zu	trifft zu	
19-21 Jahre	ohne	Anzahl		4	2	6
		% innerhalb von Migrationshintergrund		66,7%	33,3%	100,0%
		% innerhalb von Pat. ist fremduntergebracht		66,7%	50,0%	60,0%
	beidseitig	Anzahl		2	2	4
		% innerhalb von Migrationshintergrund		50,0%	50,0%	100,0%
		% innerhalb von Pat. ist fremduntergebracht		33,3%	50,0%	40,0%
	Gesamt	Anzahl		6	4	10
		% innerhalb von Migrationshintergrund		60,0%	40,0%	100,0%
		% innerhalb von Pat. ist fremduntergebracht		100,0%	100,0%	100,0%

Tab. 22

Fremdunterbringung vor stationärer Behandlung/ Verteilung nach Geschlecht und Migrationshintergrund

Migrationshintergrund				Pat. ist fremduntergebracht		Gesamt
				trifft nicht zu	trifft zu	
ohne	Geschlecht	männlich	Anzahl	106	21	127
			% innerhalb von Geschlecht	83,5%	16,5%	100,0%
			% innerhalb von Pat. ist fremduntergebracht	63,9%	48,8%	60,8%
	Geschlecht	weiblich	Anzahl	60	22	82
			% innerhalb von Geschlecht	73,2%	26,8%	100,0%
			% innerhalb von Pat. ist fremduntergebracht	36,1%	51,2%	39,2%
	Gesamt		Anzahl	166	43	209
			% innerhalb von Geschlecht	79,4%	20,6%	100,0%
			% innerhalb von Pat. ist fremduntergebracht	100,0%	100,0%	100,0%
einseitig	Geschlecht	männlich	Anzahl	20	5	25
			% innerhalb von Geschlecht	80,0%	20,0%	100,0%
			% innerhalb von Pat. ist fremduntergebracht	52,6%	33,3%	47,2%
	Geschlecht	weiblich	Anzahl	18	10	28
			% innerhalb von Geschlecht	64,3%	35,7%	100,0%
			% innerhalb von Pat. ist fremduntergebracht	47,4%	66,7%	52,8%
	Gesamt		Anzahl	38	15	53
			% innerhalb von Geschlecht	71,7%	28,3%	100,0%
			% innerhalb von Pat. ist fremduntergebracht	100,0%	100,0%	100,0%
beidseitig	Geschlecht	männlich	Anzahl	34	11	45
			% innerhalb von Geschlecht	75,6%	24,4%	100,0%
			% innerhalb von Pat. ist fremduntergebracht	77,3%	55,0%	70,3%
	Geschlecht	weiblich	Anzahl	10	9	19
			% innerhalb von Geschlecht	52,6%	47,4%	100,0%
			% innerhalb von Pat. ist fremduntergebracht	22,7%	45,0%	29,7%
	Gesamt		Anzahl	44	20	64
			% innerhalb von Geschlecht	68,8%	31,3%	100,0%
			% innerhalb von Pat. ist fremduntergebracht	100,0%	100,0%	100,0%

Tab. 23

Aufwachsen in Mehrkinderfamilien/ Verteilung nach Geschlecht und Migrationshintergrund

Migrationshintergrund			Mehr als 4 Kinder in der Familie		Gesamt
			trifft nicht zu	trifft zu	
ohne Geschlecht	männlich	Anzahl	122	5	127
		% innerhalb von Geschlecht	96,1%	3,9%	100,0%
		% innerhalb von Mehr als 4 Kinder in der Familie	61,0%	55,6%	60,8%
	weiblich	Anzahl	78	4	82
		% innerhalb von Geschlecht	95,1%	4,9%	100,0%
		% innerhalb von Mehr als 4 Kinder in der Familie	39,0%	44,4%	39,2%
	Gesamt	Anzahl	200	9	209
		% innerhalb von Geschlecht	95,7%	4,3%	100,0%
		% innerhalb von Mehr als 4 Kinder in der Familie	100,0%	100,0%	100,0%
einseitig Geschlecht	männlich	Anzahl	22	3	25
		% innerhalb von Geschlecht	88,0%	12,0%	100,0%
		% innerhalb von Mehr als 4 Kinder in der Familie	47,8%	42,9%	47,2%
	weiblich	Anzahl	24	4	28
		% innerhalb von Geschlecht	85,7%	14,3%	100,0%
		% innerhalb von Mehr als 4 Kinder in der Familie	52,2%	57,1%	52,8%
	Gesamt	Anzahl	46	7	53
		% innerhalb von Geschlecht	86,8%	13,2%	100,0%
		% innerhalb von Mehr als 4 Kinder in der Familie	100,0%	100,0%	100,0%
beidseitig Geschlecht	männlich	Anzahl	41	4	45
		% innerhalb von Geschlecht	91,1%	8,9%	100,0%
		% innerhalb von Mehr als 4 Kinder in der Familie	70,7%	66,7%	70,3%
	weiblich	Anzahl	17	2	19
		% innerhalb von Geschlecht	89,5%	10,5%	100,0%
		% innerhalb von Mehr als 4 Kinder in der Familie	29,3%	33,3%	29,7%
	Gesamt	Anzahl	58	6	64
		% innerhalb von Geschlecht	90,6%	9,4%	100,0%
		% innerhalb von Mehr als 4 Kinder in der Familie	100,0%	100,0%	100,0%

Tab. 24

Aufwachsen in einer Mehrkinderfamilie und mit einem alleinerziehenden Elternteil/ Verteilung nach Migrationshintergrund

Mehr als 4 Kinder in der Familie				Alleinerziehendes Elternteil		Gesamt
				trifft nicht zu	trifft zu	
trifft nicht zu	Migrationshintergrund Ohne	Anzahl		106	94	200
		% innerhalb von Migrationshintergrund		53,0%	47,0%	100,0%
		% innerhalb von Alleinerziehendes Elternteil		69,3%	62,3%	65,8%
		einseitig Anzahl		15	31	46
		% innerhalb von Migrationshintergrund		32,6%	67,4%	100,0%
		% innerhalb von Alleinerziehendes Elternteil		9,8%	20,5%	15,1%
		beidseitig Anzahl		32	26	58
		% innerhalb von Migrationshintergrund		55,2%	44,8%	100,0%
		% innerhalb von Alleinerziehendes Elternteil		20,9%	17,2%	19,1%
	Gesamt	Anzahl		153	151	304
		% innerhalb von Migrationshintergrund		50,3%	49,7%	100,0%
		% innerhalb von Alleinerziehendes Elternteil		100,0%	100,0%	100,0%
trifft zu	Migrationshintergrund Ohne	Anzahl		4	5	9
		% innerhalb von Migrationshintergrund		44,4%	55,6%	100,0%
		% innerhalb von Alleinerziehendes Elternteil		44,4%	38,5%	40,9%
	Einseitig	Anzahl		1	6	7
		% innerhalb von Migrationshintergrund		14,3%	85,7%	100,0%
		% innerhalb von Alleinerziehendes Elternteil		11,1%	46,2%	31,8%
	beidseitig	Anzahl		4	2	6
		% innerhalb von Migrationshintergrund		66,7%	33,3%	100,0%
		% innerhalb von Alleinerziehendes Elternteil		44,4%	15,4%	27,3%
	Gesamt	Anzahl		9	13	22
		% innerhalb von Migrationshintergrund		40,9%	59,1%	100,0%
		% innerhalb von Alleinerziehendes Elternteil		100,0%	100,0%	100,0%

CV= 0,413 (bei trifft zu)

Aus den Daten errechnet: CV= 0,035 (ohne Migrationshintergrund)/ CV= 0,135 (einseitiger Migrationshintergrund)/ CV= 0,068 (beidseitig)

Tab. 25

Aufwachsen in einer Mehrkinderfamilie und einem kranken Geschwisterkind/ Verteilung nach Migrationshintergrund

Mehr als 4 Kinder in der Familie				Erkrankung bei Geschwistern		Gesamt
				trifft nicht zu	trifft zu	
trifft nicht zu	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	105	23	128
			% innerhalb von Migrationshintergrund	82,0%	18,0%	100,0%
			% innerhalb von Erkrankung bei Geschwistern	69,1%	65,7%	68,4%
		einseitig	Anzahl	26	2	28
			% innerhalb von Migrationshintergrund	92,9%	7,1%	100,0%
			% innerhalb von Erkrankung bei Geschwistern	17,1%	5,7%	15,0%
		beidseitig	Anzahl	21	10	31
			% innerhalb von Migrationshintergrund	67,7%	32,3%	100,0%
			% innerhalb von Erkrankung bei Geschwistern	13,8%	28,6%	16,6%
		Gesamt	Anzahl	152	35	187
			% innerhalb von Migrationshintergrund	81,3%	18,7%	100,0%
			% innerhalb von Erkrankung bei Geschwistern	100,0%	100,0%	100,0%
trifft zu	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	5	1	6
			% innerhalb von Migrationshintergrund	83,3%	16,7%	100,0%
			% innerhalb von Erkrankung bei Geschwistern	71,4%	25,0%	54,5%
		einseitig	Anzahl	1	2	3
			% innerhalb von Migrationshintergrund	33,3%	66,7%	100,0%
			% innerhalb von Erkrankung bei Geschwistern	14,3%	50,0%	27,3%
		beidseitig	Anzahl	1	1	2
			% innerhalb von Migrationshintergrund	50,0%	50,0%	100,0%
			% innerhalb von Erkrankung bei Geschwistern	14,3%	25,0%	18,2%
		Gesamt	Anzahl	7	4	11
			% innerhalb von Migrationshintergrund	63,6%	36,4%	100,0%
			% innerhalb von Erkrankung bei Geschwistern	100,0%	100,0%	100,0%

CV=0.463 (bei trifft zu) / Aus den Daten errechnet: Signifikanz: 0,003 (einseitiger Migrationshintergrund)/ CV= 0,525 (einseitiger M.)

Tab. 26

Erkrankungen bei Angehörigen der Patienten/ Verteilung nach Migrationshintergrund

		Erkrankungen in der Familie			Gesamt
		trifft nicht zu	trifft zu	keine Angabe	
Migrationshintergrund	ohne				
	Anzahl	8	130	85	223
	% innerhalb von Migrationshintergrund	3,6%	58,3%	38,1%	100,0%
	einseitig				
	Anzahl	1	31	22	54
	% innerhalb von Migrationshintergrund	1,9%	57,4%	40,7%	100,0%
	beidseitig				
	Anzahl	2	34	38	74
	% innerhalb von Migrationshintergrund	2,7%	45,9%	51,4%	100,0%
Gesamt	Anzahl	11	195	145	351
	% innerhalb von Migrationshintergrund	3,1%	55,6%	41,3%	100,0%

Tab. 27

Erkrankungen (Psychisch/ körperlich) bei Elternteilen der Patienten/ Verteilung nach Migrationshintergrund

			Erkrankung bei Eltern		Gesamt
			trifft nicht zu	trifft zu	
Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	28	109	137
		% innerhalb von Migrationshintergrund	20,4%	79,6%	100,0%
	einseitig	Anzahl	6	25	31
		% innerhalb von Migrationshintergrund	19,4%	80,6%	100,0%
	beidseitig	Anzahl	12	24	36
		% innerhalb von Migrationshintergrund	33,3%	66,7%	100,0%
Gesamt		Anzahl	46	158	204
		% innerhalb von Migrationshintergrund	22,5%	77,5%	100,0%

Tab. 28

Vorkommen von körperlichen und psychischen Erkrankungen in Patientenfamilien

		Psychisch und/ oder körperlich			Gesamt
		psychische Erkrankung	körperliche Erkrankung	psychisch und körperlich	
Migrationshintergrund	ohne				
	Anzahl	66	26	39	131
	% innerhalb von Migrationshintergrund	50,4%	19,8%	29,8%	100,0%
	einseitig				
	Anzahl	18	4	9	31
	% innerhalb von Migrationshintergrund	58,1%	12,9%	29,0%	100,0%
	beidseitig				
	Anzahl	23	7	4	34
	% innerhalb von Migrationshintergrund	67,6%	20,6%	11,8%	100,0%
Gesamt	Anzahl	107	37	52	196
	% innerhalb von Migrationshintergrund	54,6%	18,9%	26,5%	100,0%

Anm: Um die Gesamtwerte von psychischen und körperlichen Erkrankungen in den Familien zu ermitteln, müssen jeweils die Werte aus der 3. Spalte addiert werden. Signifikanzen ergeben sich aufgrund der höheren Zellenzahl nicht!

Tab. 29

Geschlechtsspezifische Verteilung des Migrationsstatus

Geschlecht		Migrationsstatus des Patienten			Gesamt	
		keinen	in Deutschland geboren	nach Deutschland migriert		
männlich	ohne Migrationshintergrund	Anzahl	134	0	2	136
		% innerhalb von Migrationshintergrund	98,5%	,0%	1,5%	100,0%
		% innerhalb von Migrationsstatus des Patienten	99,3%	,0%	8,0%	64,8%
	einseitig	Anzahl	1	22	2	25
		% innerhalb von Migrationshintergrund	4,0%	88,0%	8,0%	100,0%
		% innerhalb von Migrationsstatus des Patienten	,7%	44,0%	8,0%	11,9%
	beidseitig	Anzahl	0	28	21	49
		% innerhalb von Migrationshintergrund	,0%	57,1%	42,9%	100,0%
		% innerhalb von Migrationsstatus des Patienten	,0%	56,0%	84,0%	23,3%
	Gesamt	Anzahl	135	50	25	210
		% innerhalb von Migrationshintergrund	64,3%	23,8%	11,9%	100,0%
		% innerhalb von Migrationsstatus des Patienten	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
weiblich	ohne Migrationshintergrund	Anzahl	87	0	0	87
		% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	,0%	,0%	100,0%
		% innerhalb von Migrationsstatus des Patienten	98,9%	,0%	,0%	61,7%
	einseitig	Anzahl	1	26	2	29
		% innerhalb von Migrationshintergrund	3,4%	89,7%	6,9%	100,0%
		% innerhalb von Migrationsstatus des Patienten	1,1%	57,8%	25,0%	20,6%
	beidseitig	Anzahl	0	19	6	25
		% innerhalb von Migrationshintergrund	,0%	76,0%	24,0%	100,0%
		% innerhalb von Migrationsstatus des Patienten	,0%	42,2%	75,0%	17,7%
	Gesamt	Anzahl	88	45	8	141
		% innerhalb von Migrationshintergrund	62,4%	31,9%	5,7%	100,0%
		% innerhalb von Migrationsstatus des Patienten	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Signifikanz: 0,0000

CV=0,726 (männlich); CV=0,716 (weiblich)

Tab. 30

Altersspezifische Verteilung des Migrationsstatus

Alter			Migrationsstatus des Patienten			Gesamt
			keinen	in Deutschland geboren	nach Deutschland migriert	
unter 6 Jahre	Migrationshintergrund ohne	Anzahl	26	0		26
		% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	,0%		100,0%
		% innerhalb von Migrationsstatus des Patienten	100,0%	,0%		76,5%
	einseitig	Anzahl	0	3		3
		% innerhalb von Migrationshintergrund	,0%	100,0%		100,0%
		% innerhalb von Migrationsstatus des Patienten	,0%	37,5%		8,8%
	beidseitig	Anzahl	0	5		5
		% innerhalb von Migrationshintergrund	,0%	100,0%		100,0%
		% innerhalb von Migrationsstatus des Patienten	,0%	62,5%		14,7%
	Gesamt	Anzahl	26	8		34
		% innerhalb von Migrationshintergrund	76,5%	23,5%		100,0%
		% innerhalb von Migrationsstatus des Patienten	100,0%	100,0%		100,0%
6-12 Jahre	Migrationshintergrund ohne	Anzahl	66	0	1	67
		% innerhalb von Migrationshintergrund	98,5%	,0%	1,5%	100,0%
		% innerhalb von Migrationsstatus des Patienten	98,5%	,0%	11,1%	68,4%
	einseitig	Anzahl	1	16	1	18
		% innerhalb von Migrationshintergrund	5,6%	88,9%	5,6%	100,0%
		% innerhalb von Migrationsstatus des Patienten	1,5%	72,7%	11,1%	18,4%
	beidseitig	Anzahl	0	6	7	13
		% innerhalb von Migrationshintergrund	,0%	46,2%	53,8%	100,0%
		% innerhalb von Migrationsstatus des Patienten	,0%	27,3%	77,8%	13,3%
	Gesamt	Anzahl	67	22	9	98
		% innerhalb von Migrationshintergrund	68,4%	22,4%	9,2%	100,0%
		% innerhalb von Migrationsstatus des Patienten	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
13-18 Jahre	Migrationshinter ohne	Anzahl	122	0	1	123
		% innerhalb von Migrationshintergrund	99,2%	,0%	,8%	100,0%
		% innerhalb von Migrationsstatus des Patienten	99,2%	,0%	4,5%	59,4%

Altersspezifische Verteilung des Migrationsstatus

Alter			Migrationsstatus des Patienten			Gesamt	
			keinen	in Deutschland geboren	nach Deutschland migriert		
	einseitig	Anzahl	1	29	3	33	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	3,0%	87,9%	9,1%	100,0%	
		% innerhalb von Migrationsstatus des Patienten	,8%	46,8%	13,6%	15,9%	
	beidseitig	Anzahl	0	33	18	51	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	,0%	64,7%	35,3%	100,0%	
		% innerhalb von Migrationsstatus des Patienten	,0%	53,2%	81,8%	24,6%	
	Gesamt	Anzahl	123	62	22	207	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	59,4%	30,0%	10,6%	100,0%	
		% innerhalb von Migrationsstatus des Patienten	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	19-21 Jahre	ohne Migrationshintergrund	Anzahl	7	0	0	7
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	,0%	,0%	100,0%
			% innerhalb von Migrationsstatus des Patienten	100,0%	,0%	,0%	58,3%
beidseitig		Anzahl	0	3	2	5	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	,0%	60,0%	40,0%	100,0%	
		% innerhalb von Migrationsstatus des Patienten	,0%	100,0%	100,0%	41,7%	
Gesamt		Anzahl	7	3	2	12	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	58,3%	25,0%	16,7%	100,0%	
		% innerhalb von Migrationsstatus des Patienten	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Signifikanz: 0,0000

CV= 0,765 (6-12 Jahre); CV=0,721 (13-18 Jahre)

Tab. 31

Flüchtlingsstatus innerhalb der Patientengruppe

			Flüchtling / Asylbewerber		Gesamt
			trifft nicht zu	trifft zu	
Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	223	0	223
		% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	,0%	100,0%
	einseitig	Anzahl	54	0	54
		% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	,0%	100,0%
	beidseitig	Anzahl	64	10	74
		% innerhalb von Migrationshintergrund	86,5%	13,5%	100,0%
Gesamt		Anzahl	341	10	351
		% innerhalb von Migrationshintergrund	97,2%	2,8%	100,0%

Signifikanz: 0,00000

CV= 0,331

Tab. 32

Fremdanamnestische Angaben zum Auftreten erster Auffälligkeiten/ Verteilung nach Geschlecht und Migrationshintergrund

Geschlecht		erste Auffälligkeiten								
		0-1 Jahre	2-3 Jahre	4-5 Jahre	6-11 Jahre	12-16 Jahre	über 16 Jahre			
männlich	ohne Migrationshintergrund	Anzahl	13	30	13	37	32	3	128	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	10,2%	23,4%	10,2%	28,9%	25,0%	2,3%	100,0%	
		% innerhalb von erste Auffälligkeiten	68,4%	78,9%	54,2%	66,1%	69,6%	30,0%	66,3%	
		einseitig	Anzahl	2	4	6	9	3	1	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	8,0%	16,0%	24,0%	36,0%	12,0%	4,0%	100,0%
			% innerhalb von erste Auffälligkeiten	10,5%	10,5%	25,0%	16,1%	6,5%	10,0%	13,0%
		beidseitig	Anzahl	4	4	5	10	11	6	40
			% innerhalb von Migrationshintergrund	10,0%	10,0%	12,5%	25,0%	27,5%	15,0%	100,0%
			% innerhalb von erste Auffälligkeiten	21,1%	10,5%	20,8%	17,9%	23,9%	60,0%	20,7%
	Gesamt	Anzahl	19	38	24	56	46	10	193	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	9,8%	19,7%	12,4%	29,0%	23,8%	5,2%	100,0%	
		% innerhalb von erste Auffälligkeiten	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	ohne Migrationshintergrund	Anzahl	2	11	11	23	30	1	78	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	2,6%	14,1%	14,1%	29,5%	38,5%	1,3%	100,0%	
		% innerhalb von erste Auffälligkeiten	33,3%	84,6%	68,8%	67,6%	60,0%	50,0%	64,5%	
		einseitig	Anzahl	1	2	4	7	11	1	26
			% innerhalb von Migrationshintergrund	3,8%	7,7%	15,4%	26,9%	42,3%	3,8%	100,0%
			% innerhalb von erste Auffälligkeiten	16,7%	15,4%	25,0%	20,6%	22,0%	50,0%	21,5%
beidseitig		Anzahl	3	0	1	4	9	0	17	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	17,6%	,0%	5,9%	23,5%	52,9%	,0%	100,0%	
		% innerhalb von erste Auffälligkeiten	50,0%	,0%	6,3%	11,8%	18,0%	,0%	14,0%	

Fremdanamnestic Angaben zum Auftreten erster Auffälligkeiten/ Verteilung nach Geschlecht und Migrationshintergrund

Geschlecht		erste Auffälligkeiten						Gesamt
		0-1 Jahre	2-3 Jahre	4-5 Jahre	6-11 Jahre	12-16 Jahre	über 16 Jahre	
Gesamt	Anzahl	6	13	16	34	50	2	121
	% innerhalb von Migrationshintergrund	5,0%	10,7%	13,2%	28,1%	41,3%	1,7%	100,0%
	% innerhalb von erste Auffälligkeiten	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Signifikanz: 0,051 (männlich)

Aus den Daten errechnet: CV = 0,349 (einseitiger Migrationshintergrund)/ CV= 0,363 (beidseitiger Migrationshintergrund)

Tab. 33

Inanspruchnahme medizinischer Maßnahmen in der Genese/ Verteilung nach Geschlecht und Migrationshintergrund

Geschlecht				medizinische Maßnahmen		Gesamt
				trifft nicht zu	trifft zu	
männlich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	67	63	130
			% innerhalb von Migrationshintergrund	51,5%	48,5%	100,0%
			% innerhalb von medizinische Maßnahmen	65,7%	67,7%	66,7%
		einseitig	Anzahl	12	13	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	48,0%	52,0%	100,0%
			% innerhalb von medizinische Maßnahmen	11,8%	14,0%	12,8%
		beidseitig	Anzahl	23	17	40
			% innerhalb von Migrationshintergrund	57,5%	42,5%	100,0%
			% innerhalb von medizinische Maßnahmen	22,5%	18,3%	20,5%
	Gesamt	Anzahl	102	93	195	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	52,3%	47,7%	100,0%	
		% innerhalb von medizinische Maßnahmen	100,0%	100,0%	100,0%	
weiblich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	37	41	78
			% innerhalb von Migrationshintergrund	47,4%	52,6%	100,0%
			% innerhalb von medizinische Maßnahmen	60,7%	67,2%	63,9%
		einseitig	Anzahl	12	14	26
			% innerhalb von Migrationshintergrund	46,2%	53,8%	100,0%
			% innerhalb von medizinische Maßnahmen	19,7%	23,0%	21,3%
		beidseitig	Anzahl	12	6	18
			% innerhalb von Migrationshintergrund	66,7%	33,3%	100,0%
			% innerhalb von medizinische Maßnahmen	19,7%	9,8%	14,8%
	Gesamt	Anzahl	61	61	122	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	50,0%	50,0%	100,0%	
		% innerhalb von medizinische Maßnahmen	100,0%	100,0%	100,0%	

Tab. 34

Inanspruchnahme medizinischer Maßnahmen in der Genese/ Verteilung nach Migrationshintergrund

		medizinische Maßnahmen		Gesamt	
		trifft nicht zu	trifft zu		
Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	104	104	208
		% innerhalb von Migrationshintergrund	50,0%	50,0%	100,0%
	einseitig	Anzahl	24	27	51
		% innerhalb von Migrationshintergrund	47,1%	52,9%	100,0%
	beidseitig	Anzahl	35	23	58
		% innerhalb von Migrationshintergrund	60,3%	39,7%	100,0%
Gesamt	Anzahl	163	154	317	
	% innerhalb von Migrationshintergrund	51,4%	48,6%	100,0%	

Tab. 35

Inanspruchnahme psychotherapeutischer Maßnahmen in der Genese/ Verteilung nach Migrationshintergrund

			psychotherapeutische Maßnahmen		Gesamt
			trifft nicht zu	trifft zu	
Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	93	115	208
		% innerhalb von Migrationshintergrund	44,7%	55,3%	100,0%
	einseitig	Anzahl	22	29	51
		% innerhalb von Migrationshintergrund	43,1%	56,9%	100,0%
	beidseitig	Anzahl	43	15	58
		% innerhalb von Migrationshintergrund	74,1%	25,9%	100,0%
Gesamt	Anzahl	158	159	317	
	% innerhalb von Migrationshintergrund	49,8%	50,2%	100,0%	

Signifikanz: 0,000

CV= 0,230

Tab. 36

Inanspruchnahme sozialer Maßnahmen in der Genese/ Verteilung nach Geschlecht und Migrationshintergrund

Geschlecht				soziale Maßnahmen		Gesamt
				trifft nicht zu	trifft zu	
männlich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	76	54	130
			% innerhalb von Migrationshintergrund	58,5%	41,5%	100,0%
			% innerhalb von soziale Maßnahmen	67,9%	65,1%	66,7%
		einseitig	Anzahl	15	10	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	60,0%	40,0%	100,0%
			% innerhalb von soziale Maßnahmen	13,4%	12,0%	12,8%
		beidseitig	Anzahl	21	19	40
			% innerhalb von Migrationshintergrund	52,5%	47,5%	100,0%
			% innerhalb von soziale Maßnahmen	18,8%	22,9%	20,5%
	Gesamt	Anzahl	112	83	195	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	57,4%	42,6%	100,0%	
		% innerhalb von soziale Maßnahmen	100,0%	100,0%	100,0%	
weiblich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	53	25	78
			% innerhalb von Migrationshintergrund	67,9%	32,1%	100,0%
			% innerhalb von soziale Maßnahmen	65,4%	61,0%	63,9%
		einseitig	Anzahl	16	10	26
			% innerhalb von Migrationshintergrund	61,5%	38,5%	100,0%
			% innerhalb von soziale Maßnahmen	19,8%	24,4%	21,3%
		beidseitig	Anzahl	12	6	18
			% innerhalb von Migrationshintergrund	66,7%	33,3%	100,0%
			% innerhalb von soziale Maßnahmen	14,8%	14,6%	14,8%
	Gesamt	Anzahl	81	41	122	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	66,4%	33,6%	100,0%	
		% innerhalb von soziale Maßnahmen	100,0%	100,0%	100,0%	

Tab. 37

Aufnahmesymptomatik: aggressiv/ impulsives Verhalten/ Verteilung nach Geschlecht und Migrationshintergrund

Geschlecht			Symptomatik zum Zeitpunkt der Einweisung:		Gesamt	
			aggressiv/ impulsiv			
			trifft nicht zu	trifft zu		
männlich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	56	80	136
			% innerhalb von Migrationshintergrund	41,2%	58,8%	100,0%
		einseitig	Anzahl	12	13	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	48,0%	52,0%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	23	26	49
			% innerhalb von Migrationshintergrund	46,9%	53,1%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	91	119	210	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	43,3%	56,7%	100,0%	
weiblich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	61	25	86
			% innerhalb von Migrationshintergrund	70,9%	29,1%	100,0%
		einseitig	Anzahl	18	11	29
			% innerhalb von Migrationshintergrund	62,1%	37,9%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	17	8	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	68,0%	32,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	96	44	140	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	68,6%	31,4%	100,0%	

CV= 0,059 (männlich)

Tab. 38

Inanspruchnahme sozialer Maßnahmen in der Genese/ Verteilung nach Alter und Migrationshintergrund

Alter				soziale Maßnahmen		Gesamt
				trifft nicht zu	trifft zu	
unter 6 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	14	10	24
			% innerhalb von Migrationshintergrund	58,3%	41,7%	100,0%
		einseitig	Anzahl	3	0	3
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	,0%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	1	2	3
			% innerhalb von Migrationshintergrund	33,3%	66,7%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	18	12	30	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	60,0%	40,0%	100,0%	
6-12 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	40	24	64
			% innerhalb von Migrationshintergrund	62,5%	37,5%	100,0%
		einseitig	Anzahl	11	7	18
			% innerhalb von Migrationshintergrund	61,1%	38,9%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	6	6	12
			% innerhalb von Migrationshintergrund	50,0%	50,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	57	37	94	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	60,6%	39,4%	100,0%	
13-18 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	71	42	113
			% innerhalb von Migrationshintergrund	62,8%	37,2%	100,0%
		einseitig	Anzahl	17	13	30
			% innerhalb von Migrationshintergrund	56,7%	43,3%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	23	15	38
			% innerhalb von Migrationshintergrund	60,5%	39,5%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	111	70	181	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	61,3%	38,7%	100,0%	
19-21 Jahre	Migrationshinterg	ohne	Anzahl	4	3	7
			% innerhalb von Migrationshintergrund	57,1%	42,9%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	3	2	5
			% innerhalb von Migrationshintergrund	60,0%	40,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	7	5	12	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	58,3%	41,7%	100,0%	

Tab. 39

Keine Inanspruchnahme unterstützender Maßnahmen in der Genese/ Verteilung nach Geschlecht und Migrationshintergrund

Geschlecht			keine Maßnahmen		Gesamt	
			trifft nicht zu	trifft zu		
männlich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	118	12	130
			% innerhalb von Migrationshintergrund		90,8%	9,2%
		einseitig	Anzahl	25	0	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund		100,0%	,0%
		beidseitig	Anzahl	33	7	40
			% innerhalb von Migrationshintergrund		82,5%	17,5%
	Gesamt	Anzahl	176	19	195	
% innerhalb von Migrationshintergrund		90,3%	9,7%	100,0%		
weiblich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	68	10	78
			% innerhalb von Migrationshintergrund		87,2%	12,8%
		einseitig	Anzahl	24	2	26
			% innerhalb von Migrationshintergrund		92,3%	7,7%
		beidsei	Anzahl	13	5	18
			% innerhalb von Migrationshintergrund		72,2%	27,8%
	Gesamt	Anzahl	105	17	122	
% innerhalb von Migrationshintergrund		86,1%	13,9%	100,0%		

Tab. 40

Fremdanamnestische Angaben zum Auftreten erster Auffälligkeiten/ Verteilung nach Alter und Migrationshintergrund

Alter		erste Auffälligkeiten						Gesamt
		0-1 Jahre	2-3 Jahre	4-5 Jahre	6-11 Jahre	12-16 Jahre	über 16 Jahre	
unter 6 Jahre	ohne Migrationshintergrund	Anzahl	7	12	3			22
		% innerhalb von Migrationshintergrund	31,8%	54,5%	13,6%			100,0%
		% innerhalb von erste Auffälligkeiten	100,0%	66,7%	100,0%			78,6%
	einseitig	Anzahl	0	3	0			3
		% innerhalb von Migrationshintergrund	,0%	100,0%	,0%			100,0%
		% innerhalb von erste Auffälligkeiten	,0%	16,7%	,0%			10,7%
	beidseitig	Anzahl	0	3	0			3
		% innerhalb von Migrationshintergrund	,0%	100,0%	,0%			100,0%
		% innerhalb von erste Auffälligkeiten	,0%	16,7%	,0%			10,7%
	Gesamt	Anzahl	7	18	3			28
		% innerhalb von Migrationshintergrund	25,0%	64,3%	10,7%			100,0%
		% innerhalb von erste Auffälligkeiten	100,0%	100,0%	100,0%			100,0%
6-12 Jahre	ohne Migrationshintergrund	Anzahl	5	22	13	25		65
		% innerhalb von Migrationshintergrund	7,7%	33,8%	20,0%	38,5%		100,0%
		% innerhalb von erste Auffälligkeiten	50,0%	88,0%	59,1%	65,8%		68,4%
	einseitig	Anzahl	1	2	7	8		18
		% innerhalb von Migrationshintergrund	5,6%	11,1%	38,9%	44,4%		100,0%
		% innerhalb von erste Auffälligkeiten	10,0%	8,0%	31,8%	21,1%		18,9%
	beidseitig	Anzahl	4	1	2	5		12
		% innerhalb von Migrationshintergrund	33,3%	8,3%	16,7%	41,7%		100,0%
		% innerhalb von erste Auffälligkeiten	40,0%	4,0%	9,1%	13,2%		12,6%

Fremdanamnestische Angaben zum Auftreten erster Auffälligkeiten/ Verteilung nach Alter und Migrationshintergrund

Alter		erste Auffälligkeiten						Gesamt
		0-1 Jahre	2-3 Jahre	4-5 Jahre	6-11 Jahre	12-16 Jahre	über 16 Jahre	
13-18 Jahre	Gesamt	Anzahl	10	25	22	38		95
		% innerhalb von Migrationshintergrund	10,5%	26,3%	23,2%	40,0%		100,0%
		% innerhalb von erste Auffälligkeiten	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		100,0%
	ohne Migrationshintergrund	Anzahl	3	7	7	34	59	112
		% innerhalb von Migrationshintergrund	2,7%	6,3%	6,3%	30,4%	52,7%	100,0%
		% innerhalb von erste Auffälligkeiten	42,9%	87,5%	50,0%	66,7%	64,8%	62,6%
	einseitig	Anzahl	2	1	3	8	14	30
		% innerhalb von Migrationshintergrund	6,7%	3,3%	10,0%	26,7%	46,7%	100,0%
		% innerhalb von erste Auffälligkeiten	28,6%	12,5%	21,4%	15,7%	15,4%	16,8%
	beidseitig	Anzahl	2	0	4	9	18	37
		% innerhalb von Migrationshintergrund	5,4%	,0%	10,8%	24,3%	48,6%	100,0%
		% innerhalb von erste Auffälligkeiten	28,6%	,0%	28,6%	17,6%	19,8%	20,7%
	Gesamt	Anzahl	7	8	14	51	91	179
		% innerhalb von Migrationshintergrund	3,9%	4,5%	7,8%	28,5%	50,8%	100,0%
		% innerhalb von erste Auffälligkeiten	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
19-21 Jahre	ohne Migrationshintergrund	Anzahl	0		1	1	3	7
		% innerhalb von Migrationshintergrund	,0%		14,3%	14,3%	42,9%	100,0%
		% innerhalb von erste Auffälligkeiten	,0%		100,0%	100,0%	60,0%	58,3%
	beidseitig	Anzahl	1		0	0	2	5
		% innerhalb von Migrationshintergrund	20,0%		,0%	,0%	40,0%	100,0%
		% innerhalb von erste Auffälligkeiten	100,0%		,0%	,0%	40,0%	41,7%

Fremdanamnestische Angaben zum Auftreten erster Auffälligkeiten/ Verteilung nach Alter und Migrationshintergrund

Alter		erste Auffälligkeiten						Gesamt
		0-1 Jahre	2-3 Jahre	4-5 Jahre	6-11 Jahre	12-16 Jahre	über 16 Jahre	
Gesamt	Anzahl	1		1	1	5	4	12
	% innerhalb von Migrationshintergrund	8,3%		8,3%	8,3%	41,7%	33,3%	100,0%
	% innerhalb von erste Auffälligkeiten	100,0%		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Signifikanz 0,031 (unter 6 Jahren)

Tab. 41

Inanspruchnahme funktionstherapeutischer Maßnahmen/ Verteilung nach Alter und Migrationshintergrund

Alter			funktionstherapeutische			
			Maßnahmen			
			trifft nicht zu	trifft zu	Gesamt	
unter 6 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	14	10	24
			% innerhalb von Migrationshintergrund	58,3%	41,7%	100,0%
			% innerhalb von funktionstherapeutische Maßnahmen	77,8%	83,3%	80,0%
		einseitig	Anzahl	2	1	3
			% innerhalb von Migrationshintergrund	66,7%	33,3%	100,0%
			% innerhalb von funktionstherapeutische Maßnahmen	11,1%	8,3%	10,0%
		beidseitig	Anzahl	2	1	3
			% innerhalb von Migrationshintergrund	66,7%	33,3%	100,0%
			% innerhalb von funktionstherapeutische Maßnahmen	11,1%	8,3%	10,0%
	Gesamt	Anzahl	18	12	30	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	60,0%	40,0%	100,0%	
		% innerhalb von funktionstherapeutische Maßnahmen	100,0%	100,0%	100,0%	
6-12 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	35	29	64
			% innerhalb von Migrationshintergrund	54,7%	45,3%	100,0%
			% innerhalb von funktionstherapeutische Maßnahmen	62,5%	76,3%	68,1%
		einseitig	Anzahl	14	4	18
			% innerhalb von Migrationshintergrund	77,8%	22,2%	100,0%
			% innerhalb von funktionstherapeutische Maßnahmen	25,0%	10,5%	19,1%
		beidseitig	Anzahl	7	5	12
			% innerhalb von Migrationshintergrund	58,3%	41,7%	100,0%
			% innerhalb von funktionstherapeutische Maßnahmen	12,5%	13,2%	12,8%
	Gesamt	Anzahl	56	38	94	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	59,6%	40,4%	100,0%	
		% innerhalb von funktionstherapeutische Maßnahmen	100,0%	100,0%	100,0%	
13-18 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	99	14	113
			% innerhalb von Migrationshintergrund	87,6%	12,4%	100,0%
			% innerhalb von funktionstherapeutische Maßnahmen	61,1%	73,7%	62,4%
		einseitig	Anzahl	26	4	30
			% innerhalb von Migrationshintergrund	86,7%	13,3%	100,0%
			% innerhalb von funktionstherapeutische Maßnahmen	16,0%	21,1%	16,6%
		beidseitig	Anzahl	37	1	38
			% innerhalb von Migrationshintergrund	97,4%	2,6%	100,0%
			% innerhalb von funktionstherapeutische Maßnahmen	22,8%	5,3%	21,0%
	Gesamt	Anzahl	162	19	181	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	89,5%	10,5%	100,0%	
		% innerhalb von funktionstherapeutische Maßnahmen	100,0%	100,0%	100,0%	

Inanspruchnahme funktionstherapeutischer Maßnahmen/ Verteilung nach Alter und Migrationshintergrund

Alter				funktionstherapeutische Maßnahmen		Gesamt
				trifft nicht zu	trifft zu	
19-21 Jahre	ohne Migrationshintergrund	Anzahl		7		7
		% innerhalb von Migrationshintergrund		100,0%		100,0%
		% innerhalb von funktionstherapeutische Maßnahmen		58,3%		58,3%
	beidseitig	Anzahl		5		5
		% innerhalb von Migrationshintergrund		100,0%		100,0%
		% innerhalb von funktionstherapeutische Maßnahmen		41,7%		41,7%
	Gesamt	Anzahl		12		12
		% innerhalb von Migrationshintergrund		100,0%		100,0%
		% innerhalb von funktionstherapeutische Maßnahmen		100,0%		100,0%

Tab. 42

Inanspruchnahme psychotherapeutischer Maßnahmen in der Genese/ Verteilung nach Alter und Migrationshintergrund

Alter			psychotherapeutische		Gesamt	
			Maßnahmen			
			trifft nicht zu	trifft zu		
unter 6 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	21	3	24
			% innerhalb von Migrationshintergrund	87,5%	12,5%	100,0%
			% innerhalb von psychotherapeutische Maßnahmen	84,0%	60,0%	80,0%
		einseitig	Anzahl	2	1	3
			% innerhalb von Migrationshintergrund	66,7%	33,3%	100,0%
			% innerhalb von psychotherapeutische Maßnahmen	8,0%	20,0%	10,0%
		beidseitig	Anzahl	2	1	3
			% innerhalb von Migrationshintergrund	66,7%	33,3%	100,0%
			% innerhalb von psychotherapeutische Maßnahmen	8,0%	20,0%	10,0%
	Gesamt	Anzahl	25	5	30	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	83,3%	16,7%	100,0%	
		% innerhalb von psychotherapeutische Maßnahmen	100,0%	100,0%	100,0%	
6-12 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	33	31	64
			% innerhalb von Migrationshintergrund	51,6%	48,4%	100,0%
			% innerhalb von psychotherapeutische Maßnahmen	64,7%	72,1%	68,1%
		einseitig	Anzahl	9	9	18
			% innerhalb von Migrationshintergrund	50,0%	50,0%	100,0%
			% innerhalb von psychotherapeutische Maßnahmen	17,6%	20,9%	19,1%
		beidseitig	Anzahl	9	3	12
			% innerhalb von Migrationshintergrund	75,0%	25,0%	100,0%
			% innerhalb von psychotherapeutische Maßnahmen	17,6%	7,0%	12,8%
	Gesamt	Anzahl	51	43	94	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	54,3%	45,7%	100,0%	
		% innerhalb von psychotherapeutische Maßnahmen	100,0%	100,0%	100,0%	
13-18 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	36	77	113
			% innerhalb von Migrationshintergrund	31,9%	68,1%	100,0%
			% innerhalb von psychotherapeutische Maßnahmen	47,4%	73,3%	62,4%
		einseitig	Anzahl	11	19	30
			% innerhalb von Migrationshintergrund	36,7%	63,3%	100,0%
			% innerhalb von psychotherapeutische Maßnahmen	14,5%	18,1%	16,6%
		beidseitig	Anzahl	29	9	38
			% innerhalb von Migrationshintergrund	76,3%	23,7%	100,0%
			% innerhalb von psychotherapeutische Maßnahmen	38,2%	8,6%	21,0%

Inanspruchnahme psychotherapeutischer Maßnahmen in der Genese/ Verteilung nach Alter und Migrationshintergrund

Alter		psychotherapeutische		Gesamt	
		Maßnahmen			
		trifft nicht zu	trifft zu		
19-21 Jahre	Gesamt	Anzahl	76	105	181
		% innerhalb von Migrationshintergrund	42,0%	58,0%	100,0%
		% innerhalb von psychotherapeutische Maßnahmen	100,0%	100,0%	100,0%
	ohne Migrationshintergrund	Anzahl	3	4	7
		% innerhalb von Migrationshintergrund	42,9%	57,1%	100,0%
		% innerhalb von psychotherapeutische Maßnahmen	50,0%	66,7%	58,3%
	beidseitig Migrationshintergrund	Anzahl	3	2	5
		% innerhalb von Migrationshintergrund	60,0%	40,0%	100,0%
		% innerhalb von psychotherapeutische Maßnahmen	50,0%	33,3%	41,7%
	Gesamt	Anzahl	6	6	12
		% innerhalb von Migrationshintergrund	50,0%	50,0%	100,0%
		% innerhalb von psychotherapeutische Maßnahmen	100,0%	100,0%	100,0%

Signifikanz: 0,0000 (13-18 Jahre)

CV= 0,360 (13-18 Jahre)

Tab. 43

Fremdanamnestische Angaben zum Auftreten erster Auffälligkeiten/ Verteilung nach Migrationshintergrund

		erste Auffälligkeiten						Gesamt	
		0-1 Jahre	2-3 Jahre	4-5 Jahre	6-11 Jahre	12-16 Jahre	über 16 Jahre		
Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	15	41	24	60	62	4	206
		% innerhalb von Migrationshintergrund	7,3%	19,9%	11,7%	29,1%	30,1%	1,9%	100,0%
	einseitig	Anzahl	3	6	10	16	14	2	51
		% innerhalb von Migrationshintergrund	5,9%	11,8%	19,6%	31,4%	27,5%	3,9%	100,0%
	beidseitig	Anzahl	7	4	6	14	20	6	57
		% innerhalb von Migrationshintergrund	12,3%	7,0%	10,5%	24,6%	35,1%	10,5%	100,0%
Gesamt	Anzahl	25	51	40	90	96	12	314	
	% innerhalb von Migrationshintergrund	8,0%	16,2%	12,7%	28,7%	30,6%	3,8%	100,0%	

Signifikanz: 0,040

Tab. 44

Aufnahmesymptomatik: Entwicklungsauffälligkeiten/ Verteilung nach Migrationshintergrund

		Symptomatik zum Zeitpunkt der Einweisung: Entwicklungsauffälligkeiten		Gesamt
		trifft nicht zu	trifft zu	
Migrationshintergrund	ohne			
	Anzahl	164	58	222
	% innerhalb von Migrationshintergrund	73,9%	26,1%	100,0%
	% innerhalb von Symptomatik zum Zeitpunkt der Einweisung: Entwicklungsauffälligkeiten	60,3%	75,3%	63,6%
	einseitig			
	Anzahl	47	7	54
	% innerhalb von Migrationshintergrund	87,0%	13,0%	100,0%
	% innerhalb von Symptomatik zum Zeitpunkt der Einweisung: Entwicklungsauffälligkeiten	17,3%	9,1%	15,5%
	beidseitig			
	Anzahl	61	12	73
	% innerhalb von Migrationshintergrund	83,6%	16,4%	100,0%
	% innerhalb von Symptomatik zum Zeitpunkt der Einweisung: Entwicklungsauffälligkeiten	22,4%	15,6%	20,9%
Gesamt	Anzahl	272	77	349
	% innerhalb von Migrationshintergrund	77,9%	22,1%	100,0%
	% innerhalb von Symptomatik zum Zeitpunkt der Einweisung: Entwicklungsauffälligkeiten	100,0%	100,0%	100,0%

Signifikanz: 0,048

Tab. 45

Entlassungsdiagnose: verschiedene Entwicklungsstörungen (F8....)/ Verteilung nach Migrationshintergrund

		Psychiatrische Diagnose F8		Gesamt
		trifft nicht zu	trifft zu	
Migrationshintergrund	ohne			
	Anzahl	142	81	223
	% innerhalb von Migrationshintergrund	63,7%	36,3%	100,0%
	% innerhalb von Psychiatrische Diagnose F8	61,2%	68,1%	63,5%
	einseitig			
	Anzahl	37	17	54
	% innerhalb von Migrationshintergrund	68,5%	31,5%	100,0%
	% innerhalb von Psychiatrische Diagnose F8	15,9%	14,3%	15,4%
	beidseitig			
	Anzahl	53	21	74
	% innerhalb von Migrationshintergrund	71,6%	28,4%	100,0%
	% innerhalb von Psychiatrische Diagnose F8	22,8%	17,6%	21,1%
Gesamt	Anzahl	232	119	351
	% innerhalb von Migrationshintergrund	66,1%	33,9%	100,0%
	% innerhalb von Psychiatrische Diagnose F8	100,0%	100,0%	100,0%

Zu Tab 45: CV= 0,070

Tab. 46

Einweisungssymptomatik: dissozial/delinquent- Verteilung nach Alter und Migrationshintergrund

Alter			Symptomatik zum Zeitpunkt der Einweisung:		Gesamt	
			dissozial/ delinquent			
			trifft nicht zu	trifft zu		
unter 6 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	25	1	26
			% innerhalb von Migrationshintergrund	96,2%	3,8%	100,0%
		einseitig	Anzahl	3	0	3
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	,0%	100,0%
	beidseitig	Anzahl	5	0	5	
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	33	1	34	
			% innerhalb von Migrationshintergrund	97,1%	2,9%	100,0%
6-12 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	58	8	66
			% innerhalb von Migrationshintergrund	87,9%	12,1%	100,0%
		einseitig	Anzahl	15	3	18
			% innerhalb von Migrationshintergrund	83,3%	16,7%	100,0%
	beidseitig	Anzahl	11	2	13	
			% innerhalb von Migrationshintergrund	84,6%	15,4%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	84	13	97	
			% innerhalb von Migrationshintergrund	86,6%	13,4%	100,0%
13-18 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	96	27	123
			% innerhalb von Migrationshintergrund	78,0%	22,0%	100,0%
		einseitig	Anzahl	26	7	33
			% innerhalb von Migrationshintergrund	78,8%	21,2%	100,0%
	beidseitig	Anzahl	37	14	51	
			% innerhalb von Migrationshintergrund	72,5%	27,5%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	159	48	207	
			% innerhalb von Migrationshintergrund	76,8%	23,2%	100,0%
19-21 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	6	1	7
			% innerhalb von Migrationshintergrund	85,7%	14,3%	100,0%
	beidseitig	Anzahl	4	1	5	
			% innerhalb von Migrationshintergrund	80,0%	20,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	10	2	12	
			% innerhalb von Migrationshintergrund	83,3%	16,7%	100,0%

CV= 0,058 (13-18 Jahre)

Tab. 47

Einweisungssymptomatik: dissozial/ delinquent-Verteilung nach Geschlecht und Migrationshintergrund

Geschlecht			Symptomatik zum Zeitpunkt der Einweisung:		Gesamt		
			dissozial/ delinquent				
			trifft nicht zu	trifft zu			
männlich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	115	21	136	
			% innerhalb von Migrationshintergrund	84,6%	15,4%	100,0%	
		einseitig	Anzahl	20	5	25	
			% innerhalb von Migrationshintergrund	80,0%	20,0%	100,0%	
		beidseitig	Anzahl	34	15	49	
			% innerhalb von Migrationshintergrund	69,4%	30,6%	100,0%	
	Gesamt	Anzahl	169	41	210		
		% innerhalb von Migrationshintergrund	80,5%	19,5%	100,0%		
	weiblich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	70	16	86
				% innerhalb von Migrationshintergrund	81,4%	18,6%	100,0%
einseitig			Anzahl	24	5	29	
			% innerhalb von Migrationshintergrund	82,8%	17,2%	100,0%	
beidseitig			Anzahl	23	2	25	
			% innerhalb von Migrationshintergrund	92,0%	8,0%	100,0%	
Gesamt		Anzahl	117	23	140		
		% innerhalb von Migrationshintergrund	83,6%	16,4%	100,0%		

CV=0,159 (männlich); CV=0,107 (weiblich)

Tab. 48

Einweisungssymptomatik: aggressiv/ impulsiv – Verteilung nach Alter und Migrationshintergrund

Alter			Symptomatik zum Zeitpunkt der Einweisung:		Gesamt	
			aggressiv/ impulsiv			
			trifft nicht zu	zriffzt zu		
unter 6 Jahre	Migrationshintergrund ohne	Anzahl	8	18	26	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	30,8%	69,2%	100,0%	
		einseitig	Anzahl	1	2	3
			% innerhalb von Migrationshintergrund	33,3%	66,7%	100,0%
	beidseitig	Anzahl	2	3	5	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	40,0%	60,0%	100,0%	
	Gesamt	Anzahl	11	23	34	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	32,4%	67,6%	100,0%	
6-12 Jahre	Migrationshintergrund ohne	Anzahl	20	46	66	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	30,3%	69,7%	100,0%	
		einseitig	Anzahl	7	11	18
			% innerhalb von Migrationshintergrund	38,9%	61,1%	100,0%
	beidsei	Anzahl	5	8	13	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	38,5%	61,5%	100,0%	
	Gesamt	Anzahl	32	65	97	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	33,0%	67,0%	100,0%	
13-18 Jahre	Migrationshintergrund ohne	Anzahl	83	40	123	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	67,5%	32,5%	100,0%	
		einseitig	Anzahl	22	11	33
			% innerhalb von Migrationshintergrund	66,7%	33,3%	100,0%
	beidsei	Anzahl	31	20	51	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	60,8%	39,2%	100,0%	
	Gesamt	Anzahl	136	71	207	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	65,7%	34,3%	100,0%	
19-21 Jahre	Migrationshinterg ohne	Anzahl	6	1	7	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	85,7%	14,3%	100,0%	
	beidseitig	Anzahl	2	3	5	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	40,0%	60,0%	100,0%	
	Gesamt	Anzahl	8	4	12	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	66,7%	33,3%	100,0%	

Tab. 49

Einweisungssymptomatik: aggressiv/ impulsiv – Verteilung nach Geschlecht und Migrationshintergrund

Geschlecht			Symptomatik zum Zeitpunkt der Einweisung:		Gesamt	
			aggressiv/ impulsiv			
			trifft nicht zu	trifft zu		
männlich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	56	80	136
			% innerhalb von Migrationshintergrund	41,2%	58,8%	100,0%
		einseitig	Anzahl	12	13	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	48,0%	52,0%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	23	26	49
			% innerhalb von Migrationshintergrund	46,9%	53,1%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	91	119	210	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	43,3%	56,7%	100,0%	
weiblich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	61	25	86
			% innerhalb von Migrationshintergrund	70,9%	29,1%	100,0%
		einseitig	Anzahl	18	11	29
			% innerhalb von Migrationshintergrund	62,1%	37,9%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	17	8	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	68,0%	32,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	96	44	140	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	68,6%	31,4%	100,0%	

CV=0,059 (männlich); CV=0,075 (weiblich)

Tab. 50

Schulbildung/ Verteilung nach Geschlecht und Migrationshintergrund

Geschlecht		Schulbildung / Abschluss / Ausbildung								Gesamt	
		Grundschule	Gymnasium	Realschule	Hauptschule	Gesamtschule	Sonderschule	Schulprojekt	Abbruch Abschluss/ ohne		
männlich	ohne Migrationshintergrund	Anzahl	41	17	15	10	5	9	3	8	108
		% innerhalb von Migra	38,0%	15,7%	13,9%	9,3%	4,6%	8,3%	2,8%	7,4%	100,0%
	einseitig	Anzahl	12	3	1	1	1	1	1	0	20
		% innerhalb von Migra	60,0%	15,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	,0%	100,0%
	beidseitig	Anzahl	12	1	3	9	3	5	1	6	40
		% innerhalb von Migra	30,0%	2,5%	7,5%	22,5%	7,5%	12,5%	2,5%	15,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	65	21	19	20	9	15	5	14	168
		% innerhalb von Migra	38,7%	12,5%	11,3%	11,9%	5,4%	8,9%	3,0%	8,3%	100,0%
weiblich	ohne Migrationshintergrund	Anzahl	14	10	12	16	11	4	4	3	74
		% innerhalb von Migra	18,9%	13,5%	16,2%	21,6%	14,9%	5,4%	5,4%	4,1%	100,0%
	einseitig	Anzahl	5	2	6	4	3	1	3	2	26
		% innerhalb von Migra	19,2%	7,7%	23,1%	15,4%	11,5%	3,8%	11,5%	7,7%	100,0%
	beidseitig	Anzahl	1	3	1	3	3	3	1	5	20
		% innerhalb von Migra	5,0%	15,0%	5,0%	15,0%	15,0%	15,0%	5,0%	25,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	20	15	19	23	17	8	8	10	120
		% innerhalb von Migra	16,7%	12,5%	15,8%	19,2%	14,2%	6,7%	6,7%	8,3%	100,0%

CV=0,346 (männlich); CV=0,385 (weiblich)

Tab. 51

Einweisungssymptomatik: Schulschwierigkeiten –Verteilung nach Alter und Migrationshintergrund

Alter			Symptomatik zum Zeitpunkt der Einweisung:		Gesamt	
			Schulschwierigkeiten			
			trifft nicht zu	trifft zu		
unter 6 Jahre	Migrationshintergrund ohne	Anzahl	26		26	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%		100,0%	
		einseitig	Anzahl	3		3
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%		100,0%
	beidseitig	Anzahl	5		5	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%		100,0%	
	Gesamt	Anzahl	34		34	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%		100,0%	
6-12 Jahre	Migrationshintergrund ohne	Anzahl	21	45	66	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	31,8%	68,2%	100,0%	
		einseitig	Anzahl	5	13	18
			% innerhalb von Migrationshintergrund	27,8%	72,2%	100,0%
	beidsei	Anzahl	1	12	13	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	7,7%	92,3%	100,0%	
	Gesamt	Anzahl	27	70	97	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	27,8%	72,2%	100,0%	
13-18 Jahre	Migrationshintergrund ohne	Anzahl	88	35	123	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	71,5%	28,5%	100,0%	
		einseitig	Anzahl	25	8	33
			% innerhalb von Migrationshintergrund	75,8%	24,2%	100,0%
	beidsei	Anzahl	40	11	51	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	78,4%	21,6%	100,0%	
	Gesamt	Anzahl	153	54	207	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	73,9%	26,1%	100,0%	
19-21 Jahre	Migrationshinterg ohne	Anzahl	6	1	7	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	85,7%	14,3%	100,0%	
	beidseitig	Anzahl	3	2	5	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	60,0%	40,0%	100,0%	
	Gesamt	Anzahl	9	3	12	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	75,0%	25,0%	100,0%	

CV= 0,180 (6-12 Jahre)

Tab. 52

Einweisungssymptomatik: Schulschwierigkeiten –Verteilung nach Geschlecht und Migrationshintergrund

Geschlecht				Symptomatik zum Zeitpunkt der Einweisung:		
				Schulschwierigkeiten		
				trifft nicht zu	trifft zu	Gesamt
männlich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	75	61	136
			% innerhalb von Migrationshintergrund	55,1%	44,9%	100,0%
		einseitig	Anzahl	13	12	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	52,0%	48,0%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	31	18	49
			% innerhalb von Migrationshintergrund	63,3%	36,7%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	119	91	210	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	56,7%	43,3%	100,0%	
weiblich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	66	20	86
			% innerhalb von Migrationshintergrund	76,7%	23,3%	100,0%
		einseitig	Anzahl	20	9	29
			% innerhalb von Migrationshintergrund	69,0%	31,0%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	18	7	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	72,0%	28,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	104	36	140	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	74,3%	25,7%	100,0%	

Tab. 53

Einweisungssymptomatik: Schulschwierigkeiten- Verteilung nach Alter und Geschlecht

Geschlecht				Alter				Gesamt
				unter 6 Jahre	6-12 Jahre	13-18 Jahre	19-21 Jahre	
männlich	Symptomatik zum Zeitpunkt der Einweisung: Schulschwierigkeiten	trifft nicht zu	Anzahl	25	18	75	5	123
			% innerhalb von Alter	100,0%	23,7%	68,8%	83,3%	56,9%
		trifft zu	Anzahl	0	58	34	1	93
			% innerhalb von Alter	,0%	76,3%	31,2%	16,7%	43,1%
	Gesamt	Anzahl		25	76	109	6	216
		% innerhalb von Alter		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
weiblich	Symptomatik zum Zeitpunkt der Einweisung: Schulschwierigkeiten	trifft nicht zu	Anzahl	9	9	84	4	106
			% innerhalb von Alter	100,0%	39,1%	80,8%	66,7%	74,6%
		trifft zu	Anzahl	0	14	20	2	36
			% innerhalb von Alter	,0%	60,9%	19,2%	33,3%	25,4%
	Gesamt	Anzahl		9	23	104	6	142
		% innerhalb von Alter		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Signifikanz: 0,000 (männlich und weiblich)
 CV= 0,532 (männlich); CV= 0,381 (weiblich)

Tab. 54

Einweisungssymptomatik: motorische Unruhe-Verteilung nach Alter und Migrationshintergrund

Alter				Symptomatik zum Zeitpunkt der Einweisung:		Gesamt
				motorische Unruhe		
				trifft nicht zu	trifft zu	
unter 6 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	21	5	26
			% innerhalb von Migrationshintergrund	80,8%	19,2%	100,0%
		einseitig	Anzahl	1	2	3
			% innerhalb von Migrationshintergrund	33,3%	66,7%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	4	1	5
			% innerhalb von Migrationshintergrund	80,0%	20,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	26	8	34	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	76,5%	23,5%	100,0%	
6-12 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	36	30	66
			% innerhalb von Migrationshintergrund	54,5%	45,5%	100,0%
		einseitig	Anzahl	9	9	18
			% innerhalb von Migrationshintergrund	50,0%	50,0%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	9	4	13
			% innerhalb von Migrationshintergrund	69,2%	30,8%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	54	43	97	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	55,7%	44,3%	100,0%	
13-18 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	114	9	123
			% innerhalb von Migrationshintergrund	92,7%	7,3%	100,0%
		einseitig	Anzahl	31	2	33
			% innerhalb von Migrationshintergrund	93,9%	6,1%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	48	3	51
			% innerhalb von Migrationshintergrund	94,1%	5,9%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	193	14	207	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	93,2%	6,8%	100,0%	

Einweisungssymptomatik: motorische Unruhe-Verteilung nach Alter und Migrationshintergrund

Alter		Symptomatik zum Zeitpunkt der Einweisung:		
		motorische Unruhe		
		trifft nicht zu	trifft zu	Gesamt
19-21 Jahre	ohne Migrationshintergrund	Anzahl	7	7
		% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	100,0%
	beidseitig	Anzahl	5	5
		% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	12	12
		% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	100,0%

Tab. 55

Einweisungssymptomatik: motorische Unruhe – Verteilung nach Geschlecht und Migrationshintergrund

Geschlecht			Symptomatik zum Zeitpunkt der Einweisung:		Gesamt	
			motorische Unruhe			
			trifft nicht zu	trifft zu		
männlich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	100	36	136
			% innerhalb von Migrationshintergrund	73,5%	26,5%	100,0%
		einseitig	Anzahl	17	8	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	68,0%	32,0%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	42	7	49
			% innerhalb von Migrationshintergrund	85,7%	14,3%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	159	51	210	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	75,7%	24,3%	100,0%	
weiblich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	78	8	86
			% innerhalb von Migrationshintergrund	90,7%	9,3%	100,0%
		einseitig	Anzahl	24	5	29
			% innerhalb von Migrationshintergrund	82,8%	17,2%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	24	1	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	96,0%	4,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	126	14	140	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	90,0%	10,0%	100,0%	

Tab. 56

Einweisungssymptomatik: Angst- Verteilung nach Alter und Migrationshintergrund

Alter		Symptomatik zum Zeitpunkt der Einweisung: Angst		Gesamt		
		trifft nicht zu	trifft zu			
unter 6 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	21	5	26
			% innerhalb von Migrationshintergrund	80,8%	19,2%	100,0%
		einseitig	Anzahl	3	0	3
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	,0%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	4	1	5
			% innerhalb von Migrationshintergrund	80,0%	20,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	28	6	34	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	82,4%	17,6%	100,0%	
6-12 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	53	13	66
			% innerhalb von Migrationshintergrund	80,3%	19,7%	100,0%
		einseitig	Anzahl	13	5	18
			% innerhalb von Migrationshintergrund	72,2%	27,8%	100,0%
		beidsei	Anzahl	10	3	13
			% innerhalb von Migrationshintergrund	76,9%	23,1%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	76	21	97	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	78,4%	21,6%	100,0%	
13-18 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	103	20	123
			% innerhalb von Migrationshintergrund	83,7%	16,3%	100,0%
		einseitig	Anzahl	29	4	33
			% innerhalb von Migrationshintergrund	87,9%	12,1%	100,0%
		beidsei	Anzahl	43	8	51
			% innerhalb von Migrationshintergrund	84,3%	15,7%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	175	32	207	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	84,5%	15,5%	100,0%	
19-21 Jahre	Migrationshinterg	ohne	Anzahl	5	2	7
			% innerhalb von Migrationshintergrund	71,4%	28,6%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	5	0	5
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	10	2	12	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	83,3%	16,7%	100,0%	

Tab. 57

Einweisungssymptomatik: Enkopresis/ Enuresis – Verteilung nach Geschlecht und Migrationshintergrund

Geschlecht			Symptomatik zum Zeitpunkt der Aufnahme:		Gesamt	
			Enkopresis/ Enuresis			
			trifft nicht zu	trifft zu		
männlich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	125	11	136
			% innerhalb von Migrationshintergrund	91,9%	8,1%	100,0%
		einseitig	Anzahl	22	3	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	88,0%	12,0%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	48	1	49
			% innerhalb von Migrationshintergrund	98,0%	2,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	195	15	210	
			% innerhalb von Migrationshintergrund	92,9%	7,1%	100,0%
weiblich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	81	5	86
			% innerhalb von Migrationshintergrund	94,2%	5,8%	100,0%
		einseitig	Anzahl	28	1	29
			% innerhalb von Migrationshintergrund	96,6%	3,4%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	25	0	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	134	6	140	
			% innerhalb von Migrationshintergrund	95,7%	4,3%	100,0%

Tab. 58

Einweisungssymptomatik: autoaggressives Verhalten-Verteilung nach Alter und Migrationshintergrund

Alter			Symptomatik zum Zeitpunkt der Einweisung:		Gesamt	
			autoaggressiv			
			trifft nicht zu	trifft zu		
unter 6 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	23	3	26
			% innerhalb von Migrationshintergrund	88,5%	11,5%	100,0%
		einseitig	Anzahl	2	1	3
			% innerhalb von Migrationshintergrund	66,7%	33,3%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	3	2	5
			% innerhalb von Migrationshintergrund	60,0%	40,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	28	6	34	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	82,4%	17,6%	100,0%	
6-12 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	57	9	66
			% innerhalb von Migrationshintergrund	86,4%	13,6%	100,0%
		einseitig	Anzahl	16	2	18
			% innerhalb von Migrationshintergrund	88,9%	11,1%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	12	1	13
			% innerhalb von Migrationshintergrund	92,3%	7,7%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	85	12	97	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	87,6%	12,4%	100,0%	
13-18 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	101	22	123
			% innerhalb von Migrationshintergrund	82,1%	17,9%	100,0%
		einseitig	Anzahl	24	9	33
			% innerhalb von Migrationshintergrund	72,7%	27,3%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	48	3	51
			% innerhalb von Migrationshintergrund	94,1%	5,9%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	173	34	207	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	83,6%	16,4%	100,0%	
19-21 Jahre	Migrationshinterg	ohne	Anzahl	5	2	7
			% innerhalb von Migrationshintergrund	71,4%	28,6%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	4	1	5
			% innerhalb von Migrationshintergrund	80,0%	20,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	9	3	12	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	75,0%	25,0%	100,0%	

Signifikanz: 0,028 (13-18 Jahre)

Tab. 59

Einweisungssymptomatik: autoaggressives Verhalten- Verteilung nach Migrationshintergrund und Geschlecht

Geschlecht			Symptomatik zum Zeitpunkt der Einweisung:		Gesamt		
			autoaggressiv				
			trifft nicht zu	trifft zu			
männlich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	119	17	136	
			% innerhalb von Migrationshintergrund	87,5%	12,5%	100,0%	
		einseitig	Anzahl	22	3	25	
			% innerhalb von Migrationshintergrund	88,0%	12,0%	100,0%	
		beidseitig	Anzahl	43	6	49	
			% innerhalb von Migrationshintergrund	87,8%	12,2%	100,0%	
	Gesamt	Anzahl	184	26	210		
		% innerhalb von Migrationshintergrund	87,6%	12,4%	100,0%		
	weiblich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	67	19	86
				% innerhalb von Migrationshintergrund	77,9%	22,1%	100,0%
einseitig			Anzahl	20	9	29	
			% innerhalb von Migrationshintergrund	69,0%	31,0%	100,0%	
beidseitig			Anzahl	24	1	25	
			% innerhalb von Migrationshintergrund	96,0%	4,0%	100,0%	
Gesamt		Anzahl	111	29	140		
		% innerhalb von Migrationshintergrund	79,3%	20,7%	100,0%		

Signifikanz: 0,044 (weiblich)

Tab. 60

Einweisungssymptomatik: Essstörungen- Verteilung nach Migrationshintergrund und Geschlecht

Geschlecht			Symptomatik zum Zeitpunkt der Einweisung:			
			Essstörung			
			trifft nicht zu	trifft zu	Gesamt	
männlich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	124	12	136
			% innerhalb von Migrationshintergrund	91,2%	8,8%	100,0%
		einseitig	Anzahl	24	1	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	96,0%	4,0%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	48	1	49
			% innerhalb von Migrationshintergrund	98,0%	2,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	196	14	210	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	93,3%	6,7%	100,0%	
weiblich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	61	25	86
			% innerhalb von Migrationshintergrund	70,9%	29,1%	100,0%
		einseitig	Anzahl	26	3	29
			% innerhalb von Migrationshintergrund	89,7%	10,3%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	25	0	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	112	28	140	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	80,0%	20,0%	100,0%	

Signifikanz:0,002 (weiblich)

Signifikanz: 0,000 (ohne Migrationshintergrund); Daten aus einer nicht abgebildeten Tabelle, aus den Werten aber errechenbar

Tab. 61

Einweisungssymptomatik: Alkohol- und Drogenabusus- Verteilung nach Alter und Migrationshintergrund

Alter			Symptomatik zum Zeitpunkt der Einweisung:		Gesamt	
			Drogen/ Alkoholabusus			
			trifft nicht zu	trifft zu		
unter 6 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	26		26
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%		100,0%
		einseitig	Anzahl	3		3
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%		100,0%
		beidseitig	Anzahl	5		5
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%		100,0%
	Gesamt	Anzahl	34		34	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%		100,0%	
6-12 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	66		66
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%		100,0%
		einseitig	Anzahl	18		18
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%		100,0%
		beidseitig	Anzahl	13		13
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%		100,0%
	Gesamt	Anzahl	97		97	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%		100,0%	
13-18 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	83	40	123
			% innerhalb von Migrationshintergrund	67,5%	32,5%	100,0%
		einseitig	Anzahl	26	7	33
			% innerhalb von Migrationshintergrund	78,8%	21,2%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	40	11	51
			% innerhalb von Migrationshintergrund	78,4%	21,6%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	149	58	207	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	72,0%	28,0%	100,0%	
19-21 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	4	3	7
			% innerhalb von Migrationshintergrund	57,1%	42,9%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	2	3	5
			% innerhalb von Migrationshintergrund	40,0%	60,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	6	6	12	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	50,0%	50,0%	100,0%	

Tab. 62

Einweisungssymptomatik: Alkohol- und Drogenabusus- Verteilung nach Alter und Migrationshintergrund

Geschlecht			Symptomatik zum Zeitpunkt der Einweisung:		Gesamt	
			Drogen/ Alkoholabusus			
			trifft nicht zu	trifft zu		
männlich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	115	21	136
			% innerhalb von Migrationshintergrund	84,6%	15,4%	100,0%
		einseitig	Anzahl	22	3	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	88,0%	12,0%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	40	9	49
			% innerhalb von Migrationshintergrund	81,6%	18,4%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	177	33	210	
			% innerhalb von Migrationshintergrund	84,3%	15,7%	100,0%
weiblich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	64	22	86
			% innerhalb von Migrationshintergrund	74,4%	25,6%	100,0%
		einseitig	Anzahl	25	4	29
			% innerhalb von Migrationshintergrund	86,2%	13,8%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	20	5	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	80,0%	20,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	109	31	140	
			% innerhalb von Migrationshintergrund	77,9%	22,1%	100,0%

Tab. 63

Einweisungssymptomatik: Depressivität- Verteilung nach Alter und Migrationshintergrund

Alter			Symptomatik zum Zeitpunkt der Einweisung:		Gesamt	
			depressiv			
			trifft nicht zu	trifft zu		
unter 6 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	25	1	26
			% innerhalb von Migrationshintergrund	96,2%	3,8%	100,0%
		einseitig	Anzahl	3	0	3
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	,0%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	5	0	5
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	,0%	100,0%
Gesamt	Anzahl	33	1	34		
	% innerhalb von Migrationshintergrund	97,1%	2,9%	100,0%		
6-12 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	49	17	66
			% innerhalb von Migrationshintergrund	74,2%	25,8%	100,0%
		einseitig	Anzahl	16	2	18
			% innerhalb von Migrationshintergrund	88,9%	11,1%	100,0%
		beidsei	Anzahl	11	2	13
			% innerhalb von Migrationshintergrund	84,6%	15,4%	100,0%
Gesamt	Anzahl	76	21	97		
	% innerhalb von Migrationshintergrund	78,4%	21,6%	100,0%		
13-18 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	82	41	123
			% innerhalb von Migrationshintergrund	66,7%	33,3%	100,0%
		einseitig	Anzahl	21	12	33
			% innerhalb von Migrationshintergrund	63,6%	36,4%	100,0%
		beidsei	Anzahl	37	14	51
			% innerhalb von Migrationshintergrund	72,5%	27,5%	100,0%
Gesamt	Anzahl	140	67	207		
	% innerhalb von Migrationshintergrund	67,6%	32,4%	100,0%		
19-21 Jahre	Migrationshinterg	ohne	Anzahl	2	5	7
			% innerhalb von Migrationshintergrund	28,6%	71,4%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	5	0	5
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	,0%	100,0%
		Gesamt	Anzahl	7	5	12
			% innerhalb von Migrationshintergrund	58,3%	41,7%	100,0%

Tab. 64

Einweisungssymptomatik: somatische Beschwerden/ Somatisierung – Verteilung nach Alter und Migrationshintergrund

Alter			Symptomatik zum Zeitpunkt der Einweisung:		Gesamt	
			Somatisierung			
			trifft nicht zu	Trifft zu		
unter 6 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	21	5	26
			% innerhalb von Migrationshintergrund	80,8%	19,2%	100,0%
		einseitig	Anzahl	2	1	3
			% innerhalb von Migrationshintergrund	66,7%	33,3%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	5	0	5
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	28	6	34	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	82,4%	17,6%	100,0%	
6-12 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	49	17	66
			% innerhalb von Migrationshintergrund	74,2%	25,8%	100,0%
		einseitig	Anzahl	13	5	18
			% innerhalb von Migrationshintergrund	72,2%	27,8%	100,0%
		beidsei	Anzahl	10	3	13
			% innerhalb von Migrationshintergrund	76,9%	23,1%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	72	25	97	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	74,2%	25,8%	100,0%	
13-18 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	103	20	123
			% innerhalb von Migrationshintergrund	83,7%	16,3%	100,0%
		einseitig	Anzahl	24	9	33
			% innerhalb von Migrationshintergrund	72,7%	27,3%	100,0%
		beidsei	Anzahl	37	14	51
			% innerhalb von Migrationshintergrund	72,5%	27,5%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	164	43	207	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	79,2%	20,8%	100,0%	
19-21 Jahre	Migrationshinter	ohne	Anzahl	4	3	7
			% innerhalb von Migrationshintergrund	57,1%	42,9%	100,0%
		beidsei	Anzahl	5	0	5
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	9	3	12	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	75,0%	25,0%	100,0%	

Tab. 65

Einweisungssymptomatik: somatische Beschwerden/ Somatisierung – Verteilung nach Geschlecht und Migrationshintergrund

Geschlecht		Symptomatik zum Zeitpunkt der Einweisung: Somatisierung		Gesamt
		trifft nicht zu	trifft zu	
männlich	Migrationshintergrund ohne	Anzahl	106	136
		% innerhalb von Migrationshintergrund	77,9%	100,0%
	einseitig	Anzahl	20	25
		% innerhalb von Migrationshintergrund	80,0%	100,0%
	beidseitig	Anzahl	38	49
		% innerhalb von Migrationshintergrund	77,6%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	164	210
		% innerhalb von Migrationshintergrund	78,1%	100,0%
weiblich	Migrationshintergrund ohne	Anzahl	71	86
		% innerhalb von Migrationshintergrund	82,6%	100,0%
	einseitig	Anzahl	19	29
		% innerhalb von Migrationshintergrund	65,5%	100,0%
	beidseitig	Anzahl	19	25
		% innerhalb von Migrationshintergrund	76,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	109	140
		% innerhalb von Migrationshintergrund	77,9%	100,0%

Tab. 66

Einweisungssymptomatik: Depressivität –Verteilung nach Geschlecht und Migrationshintergrund

Geschlecht			Symptomatik zum Zeitpunkt der Einweisung:		Gesamt	
			depressiv			
			trifft nicht zu	trifft zu		
männlich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	99	37	136
			% innerhalb von Migrationshintergrund	72,8%	27,2%	100,0%
		einseitig	Anzahl	20	5	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	80,0%	20,0%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	41	8	49
			% innerhalb von Migrationshintergrund	83,7%	16,3%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	160	50	210	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	76,2%	23,8%	100,0%	
weiblich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	59	27	86
			% innerhalb von Migrationshintergrund	68,6%	31,4%	100,0%
		einseitig	Anzahl	20	9	29
			% innerhalb von Migrationshintergrund	69,0%	31,0%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	17	8	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	68,0%	32,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	96	44	140	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	68,6%	31,4%	100,0%	

Tab. 67

Einweisungskriterium: suizidale Handlungen/ Absichten- Verteilung nach Alter und Migrationshintergrund

Alter			Symptomatik zum Zeitpunkt der Einweisung:		Gesamt	
			suizidal			
			trifft nicht zu	trifft zu		
unter 6 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	26		26
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%		100,0%
		einseitig	Anzahl	3		3
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%		100,0%
		beidseitig	Anzahl	5		5
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%		100,0%
	Gesamt	Anzahl	34		34	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%		100,0%	
6-12 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	60	6	66
			% innerhalb von Migrationshintergrund	90,9%	9,1%	100,0%
		einseitig	Anzahl	18	0	18
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	,0%	100,0%
		beidsei	Anzahl	13	0	13
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	91	6	97	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	93,8%	6,2%	100,0%	
13-18 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	81	42	123
			% innerhalb von Migrationshintergrund	65,9%	34,1%	100,0%
		einseitig	Anzahl	19	14	33
			% innerhalb von Migrationshintergrund	57,6%	42,4%	100,0%
		beidsei	Anzahl	32	19	51
			% innerhalb von Migrationshintergrund	62,7%	37,3%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	132	75	207	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	63,8%	36,2%	100,0%	
19-21 Jahre	Migrationshinterg	ohne	Anzahl	3	4	7
			% innerhalb von Migrationshintergrund	42,9%	57,1%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	4	1	5
			% innerhalb von Migrationshintergrund	80,0%	20,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	7	5	12	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	58,3%	41,7%	100,0%	

Ohne Migrationshintergrund: Signifikanz: 0,002 CV= 0,472 (Ergebnisse aus nicht abgebildeter Tabelle, aber aus den Zahlen errechenbar)

Tab. 68

Einweisungssymptomatik: suizidale Handlungen / Absichten-Verteilung nach Geschlecht und Migrationshintergrund

Geschlecht				Symptomatik zum Zeitpunkt der Einweisung: suizidal		Gesamt
				trifft nicht zu	trifft zu	
männlich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	116	20	136
			% innerhalb von Migrationshintergrund	85,3%	14,7%	100,0%
		einseitig	Anzahl	22	3	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	88,0%	12,0%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	44	5	49
			% innerhalb von Migrationshintergrund	89,8%	10,2%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	182	28	210	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	86,7%	13,3%	100,0%	
weiblich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	54	32	86
			% innerhalb von Migrationshintergrund	62,8%	37,2%	100,0%
		einseitig	Anzahl	18	11	29
			% innerhalb von Migrationshintergrund	62,1%	37,9%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	10	15	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	40,0%	60,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	82	58	140	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	58,6%	41,4%	100,0%	

Aus den Daten errechenbar:

Signifikanz: 0,000

Signifikanz: 0,030

Signifikanz: 0,000

CV= 0,259 (ohne Migrationshintergrund)

CV= 0,259 (einseitiger Migrationshintergrund)

CV= 0,530 (beidseitiger Migrationshintergrund)

Tab. 69

Suizidale Einweisesymptomatik und Dauer des Klinikaufenthaltes-Verteilung nach Migrationshintergrund

Symptomatik zum Zeitpunkt der Einweisung: suizidal			Dauer des Klinikaufenthalts					Gesamt	
			Krisenintervention	unter 1 Monat	1-3 Monate	3-6 Monate	über 6 Monate		
trifft nicht zu	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	14	23	101	30	2	170
			% innerhalb von Migrationshintergrund	8,2%	13,5%	59,4%	17,6%	1,2%	100,0%
		einseitig	Anzahl	7	9	15	7	2	40
			% innerhalb von Migrationshintergrund	17,5%	22,5%	37,5%	17,5%	5,0%	100,0%
	beidseitig	Anzahl	12	15	21	4	2	54	
			% innerhalb von Migrationshintergrund	22,2%	27,8%	38,9%	7,4%	3,7%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	33	47	137	41	6	264	
			% innerhalb von Migrationshintergrund	12,5%	17,8%	51,9%	15,5%	2,3%	100,0%
trifft zu	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	11	15	20	6		52
			% innerhalb von Migrationshintergrund	21,2%	28,8%	38,5%	11,5%		100,0%
		einseitig	Anzahl	3	3	5	3		14
			% innerhalb von Migrationshintergrund	21,4%	21,4%	35,7%	21,4%		100,0%
	beidseitig	Anzahl	10	3	5	2		20	
			% innerhalb von Migrationshintergrund	50,0%	15,0%	25,0%	10,0%		100,0%
	Gesamt	Anzahl	24	21	30	11		86	
			% innerhalb von Migrationshintergrund	27,9%	24,4%	34,9%	12,8%		100,0%

Signifikanz: 0,003; CV 0,298 (suizidale Symptomatik trifft nicht zu)

Tab. 70

Vorangehender Aufenthalt in einer Kinder-Jugendpsychiatrie- Verteilung nach Migrationshintergrund und Geschlecht

Geschlecht				Erster Klinikaufenthalt		Gesamt
				trifft nicht zu	trifft zu	
männlich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	41	95	136
			% innerhalb von Migrationshintergrund	30,1%	69,9%	100,0%
		einseitig	Anzahl	7	18	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	28,0%	72,0%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	10	39	49
			% innerhalb von Migrationshintergrund	20,4%	79,6%	100,0%
	Gesamt		Anzahl	58	152	210
			% innerhalb von Migrationshintergrund	27,6%	72,4%	100,0%
weiblich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	34	52	86
			% innerhalb von Migrationshintergrund	39,5%	60,5%	100,0%
		einseitig	Anzahl	11	18	29
			% innerhalb von Migrationshintergrund	37,9%	62,1%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	4	21	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	16,0%	84,0%	100,0%
	Gesamt		Anzahl	49	91	140
			% innerhalb von Migrationshintergrund	35,0%	65,0%	100,0%

Tab. 71

Einweisungssymptomatik: psychotische Symptome- Verteilung nach Migrationshintergrund und Geschlecht

Geschlecht			Symptomatik zum Zeitpunkt der Einweisung:		Gesamt	
			psychotisch			
			trifft nicht zu	trifft zu		
männlich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	127	9	136
			% innerhalb von Migrationshintergrund	93,4%	6,6%	100,0%
		einseiti	Anzahl	23	2	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	92,0%	8,0%	100,0%
		beidseit	Anzahl	38	11	49
			% innerhalb von Migrationshintergrund	77,6%	22,4%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	188	22	210	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	89,5%	10,5%	100,0%	
weiblich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	83	3	86
			% innerhalb von Migrationshintergrund	96,5%	3,5%	100,0%
		einseiti	Anzahl	29	0	29
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	,0%	100,0%
		beidseit	Anzahl	25	0	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	137	3	140	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	97,9%	2,1%	100,0%	

Signifikanz: 0,007 (männlich)

Signifikanz: 0,01 (beidseitiger Migrationshintergrund): Tabelle ist nicht abgebildet, Signifikanz kann aber aus den Daten errechnet werden.

Tab. 72

Einweisungssymptomatik: psychotische Symptome- Verteilung nach Alter und Migrationshintergrund

Alter			Symptomatik zum Zeitpunkt der Einweisung:		Gesamt		
			psychotisch				
			trifft nicht zu	trifft zu			
unter 6 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	26	26		
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	100,0%		
		einseitig	Anzahl	3	3		
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	100,0%		
		beidseitig	Anzahl	5	5		
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	100,0%		
	Gesamt	Anzahl	34	34			
		% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	100,0%			
	6-12 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	65	1	66
				% innerhalb von Migrationshintergrund	98,5%	1,5%	100,0%
einseitig			Anzahl	18	0	18	
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	,0%	100,0%	
beidseitig			Anzahl	12	1	13	
			% innerhalb von Migrationshintergrund	92,3%	7,7%	100,0%	
Gesamt		Anzahl	95	2	97		
		% innerhalb von Migrationshintergrund	97,9%	2,1%	100,0%		
13-18 Jahre		Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	112	11	123
				% innerhalb von Migrationshintergrund	91,1%	8,9%	100,0%
	einseitig		Anzahl	31	2	33	
			% innerhalb von Migrationshintergrund	93,9%	6,1%	100,0%	
	beidseitig		Anzahl	43	8	51	
			% innerhalb von Migrationshintergrund	84,3%	15,7%	100,0%	
	Gesamt	Anzahl	186	21	207		
		% innerhalb von Migrationshintergrund	89,9%	10,1%	100,0%		
	19-21 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	7	0	7
				% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	,0%	100,0%
beidseitig			Anzahl	3	2	5	
			% innerhalb von Migrationshintergrund	60,0%	40,0%	100,0%	
Gesamt		Anzahl	10	2	12		
		% innerhalb von Migrationshintergrund	83,3%	16,7%	100,0%		

Tab. 73

Aufwachsen mit einem alleinerziehenden Elternteil und Ausprägung psychotischer Symptomatik- Verteilung nach Migrationshintergrund

Symptomatik zum Zeitpunkt der Einweisung: psychotisch				Alleinerziehendes Elternteil		Gesamt
				trifft nicht zu	trifft zu	
trifft nicht zu	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	102	94	196
			% innerhalb von Migrationshintergrund	52,0%	48,0%	100,0%
		einseitig	Anzahl	15	36	51
			% innerhalb von Migrationshintergrund	29,4%	70,6%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	31	24	55
			% innerhalb von Migrationshintergrund	56,4%	43,6%	100,0%
	Gesamt		Anzahl	148	154	302
				49,0%	51,0%	100,0%
trifft zu	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	8	4	12
			% innerhalb von Migrationshintergrund	66,7%	33,3%	100,0%
		einseitig	Anzahl	1	1	2
			% innerhalb von Migrationshintergrund	50,0%	50,0%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	5	4	9
			% innerhalb von Migrationshintergrund	55,6%	44,4%	100,0%
	Gesamt		Anzahl	14	9	23
				60,9%	39,1%	100,0%

Tab. 74

Migrationsstatus des Patienten und psychotische Symptomatik- Verteilung nach Migrationshintergrund

Symptomatik zum Zeitpunkt der Einweisung: psychotisch			Migrationsstatus des Patienten			Gesamt
			keinen	in Deutschland geboren	nach Deutschland migriert	
trifft nicht zu	ohne Migrationshintergrund	Anzahl	209	0	1	210
		% innerhalb von Migrationshintergrund	99,5%	,0%	,5%	100,0%
	einseitig Migrationshintergrund	Anzahl	2	47	3	52
		% innerhalb von Migrationshintergrund	3,8%	90,4%	5,8%	100,0%
	beidseitig Migrationshintergrund	Anzahl	0	40	23	63
		% innerhalb von Migrationshintergrund	,0%	63,5%	36,5%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	211	87	27	325
		% innerhalb von Migrationshintergrund	64,9%	26,8%	8,3%	100,0%
trifft zu	ohne Migrationshintergrund	Anzahl	11	0	1	12
		% innerhalb von Migrationshintergrund	91,7%	,0%	8,3%	100,0%
	einseitig Migrationshintergrund	Anzahl	0	1	1	2
		% innerhalb von Migrationshintergrund	,0%	50,0%	50,0%	100,0%
	beidseitig Migrationshintergrund	Anzahl	0	7	4	11
		% innerhalb von Migrationshintergrund	,0%	63,6%	36,4%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	11	8	6	25
		% innerhalb von Migrationshintergrund	44,0%	32,0%	24,0%	100,0%

Signifikanz: 0,025 (in Deutschland geboren) – Tabelle nicht abgebildet, Signifikanz aber aus den Daten errechenbar

Tab. 75

Klinisches Behandlungssetting- Verteilung nach Migrationshintergrund und Geschlecht

Geschlecht			Klinikform		Gesamt	
			Tagesklinik	Vollstationär		
männlich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	57	79	136
			% innerhalb von Migrationshintergrund	41,9%	58,1%	100,0%
		einseitig	Anzahl	10	15	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	40,0%	60,0%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	10	39	49
			% innerhalb von Migrationshintergrund	20,4%	79,6%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	77	133	210	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	36,7%	63,3%	100,0%	
weiblich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	27	60	87
			% innerhalb von Migrationshintergrund	31,0%	69,0%	100,0%
		einseitig	Anzahl	3	26	29
			% innerhalb von Migrationshintergrund	10,3%	89,7%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	3	22	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	12,0%	88,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	33	108	141	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	23,4%	76,6%	100,0%	

Signifikanz: 0,026 (männlich); Signifikanz: 0,025 (weiblich)

Tab. 76

Klinisches Behandlungssetting-Verteilung nach Migrationshintergrund und Alter

Alter			Migrationshintergrund			Gesamt	
			ohne	einseitig	beidseitig		
unter 6 Jahre	Klinikform	Tagesklinik	Anzahl	24	3	4	31
			% innerhalb von Klinikform	77,4%	9,7%	12,9%	100,0%
			% innerhalb von Migrationshintergrund	92,3%	100,0%	80,0%	91,2%
	Vollstationär		Anzahl	2	0	1	3
			% innerhalb von Klinikform	66,7%	,0%	33,3%	100,0%
			% innerhalb von Migrationshintergrund	7,7%	,0%	20,0%	8,8%
	Gesamt		Anzahl	26	3	5	34
			% innerhalb von Klinikform	76,5%	8,8%	14,7%	100,0%
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
6-12 Jahre	Klinikform	Tagesklinik	Anzahl	38	8	7	53
			% innerhalb von Klinikform	71,7%	15,1%	13,2%	100,0%
			% innerhalb von Migrationshintergrund	56,7%	44,4%	53,8%	54,1%
	Vollstationär		Anzahl	29	10	6	45
			% innerhalb von Klinikform	64,4%	22,2%	13,3%	100,0%
			% innerhalb von Migrationshintergrund	43,3%	55,6%	46,2%	45,9%
	Gesamt		Anzahl	67	18	13	98
			% innerhalb von Klinikform	68,4%	18,4%	13,3%	100,0%
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
13-18 Jahre	Klinikform	Tagesklinik	Anzahl	22	2	1	25
			% innerhalb von Klinikform	88,0%	8,0%	4,0%	100,0%
			% innerhalb von Migrationshintergrund	17,9%	6,1%	2,0%	12,1%
	Vollstationär		Anzahl	101	31	50	182
			% innerhalb von Klinikform	55,5%	17,0%	27,5%	100,0%
			% innerhalb von Migrationshintergrund	82,1%	93,9%	98,0%	87,9%
	Gesamt		Anzahl	123	33	51	207
			% innerhalb von Klinikform	59,4%	15,9%	24,6%	100,0%
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
19-21 Jahre	Klinikform	Tagesklinik	Anzahl	0		1	1
			% innerhalb von Klinikform	,0%		100,0%	100,0%
			% innerhalb von Migrationshintergrund	,0%		20,0%	8,3%
	Vollstationär		Anzahl	7		4	11
			% innerhalb von Klinikform	63,6%		36,4%	100,0%
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%		80,0%	91,7%
	Gesamt		Anzahl	7		5	12
			% innerhalb von Klinikform	58,3%		41,7%	100,0%
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%		100,0%	100,0%

Signifikanz: 0,007 (13-18 Jahre)

Tab. 77

Klinisches Behandlungssetting und Behandlungsabbruch –Verteilung nach Migrationshintergrund

Abbruch der Behandlung				Migrationshintergrund			Gesamt
				ohne	einseitig	beidseitig	
trifft nicht zu	Klinikform	Tagesklinik	Anzahl	80	13	13	106
		Tagesklinik	% innerhalb von Klinikform	75,5%	12,3%	12,3%	100,0%
		Tagesklinik	% innerhalb von Migrationshintergrund	38,8%	26,5%	23,6%	34,2%
	Volstationär	Volstationär	Anzahl	126	36	42	204
		Volstationär	% innerhalb von Klinikform	61,8%	17,6%	20,6%	100,0%
		Volstationär	% innerhalb von Migrationshintergrund	61,2%	73,5%	76,4%	65,8%
	Gesamt	Gesamt	Anzahl	206	49	55	310
		Gesamt	% innerhalb von Klinikform	66,5%	15,8%	17,7%	100,0%
		Gesamt	% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
trifft zu	Klinikform	Tagesklinik	Anzahl	4	0	0	4
		Tagesklinik	% innerhalb von Klinikform	100,0%	,0%	,0%	100,0%
		Tagesklinik	% innerhalb von Migrationshintergrund	23,5%	,0%	,0%	9,8%
	Volstationär	Volstationär	Anzahl	13	5	19	37
		Volstationär	% innerhalb von Klinikform	35,1%	13,5%	51,4%	100,0%
		Volstationär	% innerhalb von Migrationshintergrund	76,5%	100,0%	100,0%	90,2%
	Gesamt	Gesamt	Anzahl	17	5	19	41
		Gesamt	% innerhalb von Klinikform	41,5%	12,2%	46,3%	100,0%
		Gesamt	% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Signifikanz: 0,044/ CV=0,391 (beidseitiger Migrationshintergrund)

Tab. 78

Einweisung der Patienten durch ihre Eltern- Verteilung nach Migrationshintergrund und Alter

Alter			Einweisung durch Eltern		Gesamt	
			trifft nicht zu	trifft zu		
unter 6 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	13	13	26
			% innerhalb von Migrationshintergrund	50,0%	50,0%	100,0%
		einseitig	Anzahl	1	2	3
			% innerhalb von Migrationshintergrund	33,3%	66,7%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	3	2	5
			% innerhalb von Migrationshintergrund	60,0%	40,0%	100,0%
		Gesamt	Anzahl	17	17	34
			% innerhalb von Migrationshintergrund	50,0%	50,0%	100,0%
6-12 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	18	49	67
			% innerhalb von Migrationshintergrund	26,9%	73,1%	100,0%
		einseitig	Anzahl	9	9	18
			% innerhalb von Migrationshintergrund	50,0%	50,0%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	4	9	13
			% innerhalb von Migrationshintergrund	30,8%	69,2%	100,0%
		Gesamt	Anzahl	31	67	98
			% innerhalb von Migrationshintergrund	31,6%	68,4%	100,0%
13-18 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	60	63	123
			% innerhalb von Migrationshintergrund	48,8%	51,2%	100,0%
		einseitig	Anzahl	24	9	33
			% innerhalb von Migrationshintergrund	72,7%	27,3%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	38	13	51
			% innerhalb von Migrationshintergrund	74,5%	25,5%	100,0%
		Gesamt	Anzahl	122	85	207
			% innerhalb von Migrationshintergrund	58,9%	41,1%	100,0%
19-21 Jahre	Migrationshinterg	kein	Anzahl	5	2	7
			% innerhalb von Migrationshintergrund	71,4%	28,6%	100,0%
		beide	Anzahl	4	1	5
			% innerhalb von Migrationshintergrund	80,0%	20,0%	100,0%
		Gesamt	Anzahl	9	3	12
			% innerhalb von Migrationshintergrund	75,0%	25,0%	100,0%

Signifikanz: 0,002 (13-18 Jahre)

Tab. 79

Einweisung durch staatliche Institution- Verteilung nach Alter und Migrationshintergrund

Alter			Einweisung durch Schule / Kita		Gesamt	
			trifft nicht zu	trifft zu		
unter 6 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	13	13	26
			% innerhalb von Migrationshintergrund	50,0%	50,0%	100,0%
		einseitig	Anzahl	1	2	3
			% innerhalb von Migrationshintergrund	33,3%	66,7%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	2	3	5
			% innerhalb von Migrationshintergrund	40,0%	60,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	16	18	34	
	% innerhalb von Migrationshintergrund	47,1%	52,9%	100,0%		
6-12 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	56	11	67
			% innerhalb von Migrationshintergrund	83,6%	16,4%	100,0%
		einseitig	Anzahl	15	3	18
			% innerhalb von Migrationshintergrund	83,3%	16,7%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	11	2	13
			% innerhalb von Migrationshintergrund	84,6%	15,4%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	82	16	98	
	% innerhalb von Migrationshintergrund	83,7%	16,3%	100,0%		
13-18 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	115	8	123
			% innerhalb von Migrationshintergrund	93,5%	6,5%	100,0%
		einseitig	Anzahl	33	0	33
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	,0%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	48	3	51
			% innerhalb von Migrationshintergrund	94,1%	5,9%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	196	11	207	
	% innerhalb von Migrationshintergrund	94,7%	5,3%	100,0%		
19-21 Jahre	Migrationshinterg	ohne	Anzahl	7		7
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%		100,0%
		beidseitig	Anzahl	5		5
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%		100,0%
	Gesamt	Anzahl	12		12	
	% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%		100,0%		

Tab. 80

Einweisung durch die Eltern-Verteilung nach Alter

			Einweisung durch Eltern		Gesamt
			trifft nicht zu	trifft zu	
Alter	unter 6 Jahre	Anzahl	17	17	34
		% innerhalb von Alter	50,0%	50,0%	100,0%
	6-12 Jahre	Anzahl	32	68	100
		% innerhalb von Alter	32,0%	68,0%	100,0%
	13-18 Jahre	Anzahl	126	87	213
		% innerhalb von Alter	59,2%	40,8%	100,0%
	19-21 Jahre	Anzahl	9	3	12
		% innerhalb von Alter	75,0%	25,0%	100,0%
Gesamt	Anzahl	184	175	359	
	% innerhalb von Alter	51,3%	48,7%	100,0%	

Signifikanz: 0,000

Tab. 81

Einweisung durch klinikinterne Ambulanz- Verteilung nach Alter

			Einweisung durch klinikinterne Ambulanz		Gesamt
			trifft nicht zu	trifft zu	
Alter	unter 6 Jahre	Anzahl	28	6	34
		% innerhalb von Alter	82,4%	17,6%	100,0%
	6-12 Jahre	Anzahl	49	51	100
		% innerhalb von Alter	49,0%	51,0%	100,0%
	13-18 Jahre	Anzahl	192	21	213
		% innerhalb von Alter	90,1%	9,9%	100,0%
	19-21 Jahre	Anzahl	11	1	12
		% innerhalb von Alter	91,7%	8,3%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	280	79	359
		% innerhalb von Alter	78,0%	22,0%	100,0%

Signifikanz: 0,000

Tab. 82

Noteinweisung-Verteilung nach Migrationshintergrund und Geschlecht

Geschlecht			Einweisung durch Notaufnahme einer anderen Klinik		Gesamt
			trifft nicht zu	trifft zu	
männlich	Migrationshintergrund ohne	Anzahl	127	9	136
		% innerhalb von Migrationshintergrund	93,4%	6,6%	100,0%
	einseitig	Anzahl	24	1	25
		% innerhalb von Migrationshintergrund	96,0%	4,0%	100,0%
	beidseitig	Anzahl	42	7	49
		% innerhalb von Migrationshintergrund	85,7%	14,3%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	193	17	210
		% innerhalb von Migrationshintergrund	91,9%	8,1%	100,0%
	Migrationshintergrund ohne	Anzahl	77	10	87
		% innerhalb von Migrationshintergrund	88,5%	11,5%	100,0%
weiblich	einseitig	Anzahl	26	3	29
		% innerhalb von Migrationshintergrund	89,7%	10,3%	100,0%
	beidseitig	Anzahl	17	8	25
		% innerhalb von Migrationshintergrund	68,0%	32,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	120	21	141
		% innerhalb von Migrationshintergrund	85,1%	14,9%	100,0%

Signifikanz: 0,030 (weiblich)

Tab. 83

Einweisung durch einen Arzt- Verteilung nach Geschlecht und Migrationshintergrund

Geschlecht			Einweisung durch Arzt		Gesamt	
			trifft nicht zu	trifft zu		
männlich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	116	20	136
			% innerhalb von Migrationshintergrund	85,3%	14,7%	100,0%
		einseitig	Anzahl	21	4	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	84,0%	16,0%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	43	6	49
			% innerhalb von Migrationshintergrund	87,8%	12,2%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	180	30	210	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	85,7%	14,3%	100,0%	
weiblich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	77	10	87
			% innerhalb von Migrationshintergrund	88,5%	11,5%	100,0%
		einseitig	Anzahl	21	8	29
			% innerhalb von Migrationshintergrund	72,4%	27,6%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	22	3	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	88,0%	12,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	120	21	141	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	85,1%	14,9%	100,0%	

Tab. 84

Differenzielle Einweiser- Verteilung nach Migrationshintergrund und Geschlecht

Geschlecht			Einweiser						Gesamt	
			Polizei	Familienhelfer / Jugendamt	Justiz	Funktionstherapeut	Feuerwehr	sonst.		Verwandte,
männlich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	7	3	0	2	1	0	13
			% innerhalb von Migrationshintergrund	53,8%	23,1%	,0%	15,4%	7,7%	,0%	100,0%
		einseitig	Anzahl	1	4	0	0	0	1	6
			% innerhalb von Migrationshintergrund	16,7%	66,7%	,0%	,0%	,0%	16,7%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	6	3	1	0	0	3	13
			% innerhalb von Migrationshintergrund	46,2%	23,1%	7,7%	,0%	,0%	23,1%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	14	10	1	2	1	4	32	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	43,8%	31,3%	3,1%	6,3%	3,1%	12,5%	100,0%	
weiblich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	12	3			1		16
			% innerhalb von Migrationshintergrund	75,0%	18,8%			6,3%		100,0%
		einseitig	Anzahl	4	3			0		7
			% innerhalb von Migrationshintergrund	57,1%	42,9%			,0%		100,0%
		beidseitig	Anzahl	1	2			3		6
			% innerhalb von Migrationshintergrund	16,7%	33,3%			50,0%		100,0%
	Gesamt	Anzahl	17	8			4		29	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	58,6%	27,6%			13,8%		100,0%	

Signifikanz: 0,027 (weiblich); CV= 0,451 (männlich); CV= 0,35 (weiblich)

Tab. 85

Setting der vollstationären Unterbringung- Verteilung nach Migrationshintergrund und Geschlecht

Geschlecht			Vollstationär offen/geschlossen		Gesamt	
			offen	geschlossen		
männlich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	55	24	79
			% innerhalb von Migrationshintergrund	69,6%	30,4%	100,0%
		einseiti	Anzahl	12	3	15
			% innerhalb von Migrationshintergrund	80,0%	20,0%	100,0%
		beidseit	Anzahl	19	20	39
			% innerhalb von Migrationshintergrund	48,7%	51,3%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	86	47	133	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	64,7%	35,3%	100,0%	
weiblich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	37	23	60
			% innerhalb von Migrationshintergrund	61,7%	38,3%	100,0%
		einseiti	Anzahl	17	9	26
			% innerhalb von Migrationshintergrund	65,4%	34,6%	100,0%
		beidseit	Anzahl	7	15	22
			% innerhalb von Migrationshintergrund	31,8%	68,2%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	61	47	108	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	56,5%	43,5%	100,0%	

Signifikanz: 0,035 (männlich); Signifikanz: 0,031 (weiblich)

Tab. 86

Setting der vollstationären Unterbringung- Verteilung nach Migrationshintergrund und Alter

Alter			Vollstationär offen/geschlossen		Gesamt	
			offen	geschlossen		
unter 6 Jahre	Migrationshinterg ohne	Anzahl	2		2	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%		100,0%	
		beidseit	Anzahl	1		1
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%		100,0%
	Gesamt	Anzahl	3		3	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%		100,0%	
6-12 Jahre	Migrationshintergrund ohne	Anzahl	29		29	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%		100,0%	
		einseiti	Anzahl	10		10
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%		100,0%
	beidsei	Anzahl	6		6	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%		100,0%	
	Gesamt	Anzahl	45		45	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%		100,0%	
13-18 Jahre	Migrationshintergrund ohne	Anzahl	55	46	101	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	54,5%	45,5%	100,0%	
		einseiti	Anzahl	19	12	31
			% innerhalb von Migrationshintergrund	61,3%	38,7%	100,0%
	beidsei	Anzahl	18	32	50	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	36,0%	64,0%	100,0%	
	Gesamt	Anzahl	92	90	182	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	50,5%	49,5%	100,0%	
19-21 Jahre	Migrationshinterg ohne	Anzahl	6	1	7	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	85,7%	14,3%	100,0%	
		beidseit	Anzahl	1	3	4
			% innerhalb von Migrationshintergrund	25,0%	75,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	7	4	11	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	63,6%	36,4%	100,0%	

Signifikanz: 0,043 (13-18 Jahre); Signifikanz: 0,044 (19-21 Jahre)

Tab. 87

Klinische Unterbringung per Unabweisbarkeitsmodus- Verteilung nach Geschlecht und Migrationshintergrund

Geschlecht				Per Unabweisbarkeit		Gesamt
				trifft nicht zu	trifft zu	
männlich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	106	30	136
			% innerhalb von Migrationshintergrund	77,9%	22,1%	100,0%
		einseitig	Anzahl	16	9	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	64,0%	36,0%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	20	29	49
			% innerhalb von Migrationshintergrund	40,8%	59,2%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	142	68	210	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	67,6%	32,4%	100,0%	
weiblich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	47	40	87
			% innerhalb von Migrationshintergrund	54,0%	46,0%	100,0%
		einseitig	Anzahl	16	13	29
			% innerhalb von Migrationshintergrund	55,2%	44,8%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	6	19	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	24,0%	76,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	69	72	141	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	48,9%	51,1%	100,0%	

Signifikanz: 0,00 (männlich); Signifikanz: 0,023 (weiblich); CV= 0,330 (männlich)

Tab. 88

Klinische Unterbringung per Unabweisbarkeitsmodus- Verteilung nach Alter und Migrationshintergrund

Alter				Per Unabweisbarkeit		Gesamt
				trifft nicht zu	trifft zu	
unter 6 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	26	0	26
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	,0%	100,0%
		einseitig	Anzahl	3	0	3
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	,0%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	3	2	5
			% innerhalb von Migrationshintergrund	60,0%	40,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	32	2	34	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	94,1%	5,9%	100,0%	
6-12 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	56	11	67
			% innerhalb von Migrationshintergrund	83,6%	16,4%	100,0%
		einseitig	Anzahl	16	2	18
			% innerhalb von Migrationshintergrund	88,9%	11,1%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	10	3	13
			% innerhalb von Migrationshintergrund	76,9%	23,1%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	82	16	98	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	83,7%	16,3%	100,0%	
13-18 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	67	56	123
			% innerhalb von Migrationshintergrund	54,5%	45,5%	100,0%
		einseitig	Anzahl	13	20	33
			% innerhalb von Migrationshintergrund	39,4%	60,6%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	10	41	51
			% innerhalb von Migrationshintergrund	19,6%	80,4%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	90	117	207	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	43,5%	56,5%	100,0%	
19-21 Jahre	Migrationshinterg	ohne	Anzahl	4	3	7
			% innerhalb von Migrationshintergrund	57,1%	42,9%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	3	2	5
			% innerhalb von Migrationshintergrund	60,0%	40,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	7	5	12	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	58,3%	41,7%	100,0%	

Signifikanz: 0,00 (13-18 Jahre); CV= 0,296

Tab. 89

Zwangsunterbringung nach BGB-Verteilung nach Alter und Migrationshintergrund

Alter			Unterbringung durch BGB		Gesamt	
			trifft nicht zu	trifft zu		
unter 6 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	26	0	26
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	,0%	100,0%
		einseitig	Anzahl	2	1	3
			% innerhalb von Migrationshintergrund	66,7%	33,3%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	5	0	5
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	,0%	100,0%
Gesamt	Anzahl	33	1	34		
	% innerhalb von Migrationshintergrund	97,1%	2,9%	100,0%		
6-12 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	67		67
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%		100,0%
		einseitig	Anzahl	18		18
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%		100,0%
		beidsei	Anzahl	13		13
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%		100,0%
Gesamt	Anzahl	98		98		
	% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%		100,0%		
13-18 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	98	25	123
			% innerhalb von Migrationshintergrund	79,7%	20,3%	100,0%
		einseitig	Anzahl	24	9	33
			% innerhalb von Migrationshintergrund	72,7%	27,3%	100,0%
		beidsei	Anzahl	26	25	51
			% innerhalb von Migrationshintergrund	51,0%	49,0%	100,0%
Gesamt	Anzahl	148	59	207		
	% innerhalb von Migrationshintergrund	71,5%	28,5%	100,0%		
19-21 Jahre	Migrationshinterg	ohne	Anzahl	6	1	7
			% innerhalb von Migrationshintergrund	85,7%	14,3%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	5	0	5
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	,0%	100,0%
		Gesamt	Anzahl	11	1	12
			% innerhalb von Migrationshintergrund	91,7%	8,3%	100,0%

Zu Tab. 89: Signifikanz: 0,01 (13-18 Jahre)

Tab. 90

Zwangsunterbringung nach BGB- Verteilung nach Migrationshintergrund und Geschlecht

Geschlecht			Unterbringung durch BGB		Gesamt	
			trifft nicht zu	trifft zu		
männlich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	127	9	136
			% innerhalb von Migrationshintergrund	93,4%	6,6%	100,0%
		einseitig	Anzahl	21	4	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	84,0%	16,0%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	33	16	49
			% innerhalb von Migrationshintergrund	67,3%	32,7%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	181	29	210	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	86,2%	13,8%	100,0%	
weiblich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	70	17	87
			% innerhalb von Migrationshintergrund	80,5%	19,5%	100,0%
		einseitig	Anzahl	23	6	29
			% innerhalb von Migrationshintergrund	79,3%	20,7%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	16	9	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	64,0%	36,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	109	32	141	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	77,3%	22,7%	100,0%	

Signifikanz: 0,00 (männlich); CV= 0,313 (männlich)

Tab. 91

Zwangsunterbringung und Abbruch der Behandlung- Verteilung nach Migrationshintergrund

Migrationshintergrund				Abbruch der Behandlung		Gesamt
				trifft nicht zu	trifft zu	
ohne Unterbringung	trifft	Anzahl		181	16	197
		% innerhalb von Unterbringung durch BGB		91,9%	8,1%	100,0%
	trifft zu	Anzahl		25	1	26
		% innerhalb von Unterbringung durch BGB		96,2%	3,8%	100,0%
	Gesamt	Anzahl		206	17	223
		% innerhalb von Unterbringung durch BGB		92,4%	7,6%	100,0%
einseitig Unterbringung	trifft	Anzahl		40	4	44
		% innerhalb von Unterbringung durch BGB		90,9%	9,1%	100,0%
	trifft zu	Anzahl		9	1	10
		% innerhalb von Unterbringung durch BGB		90,0%	10,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl		49	5	54
		% innerhalb von Unterbringung durch BGB		90,7%	9,3%	100,0%
beidseitig Unterbringung	trifft	Anzahl		38	11	49
		% innerhalb von Unterbringung durch BGB		77,6%	22,4%	100,0%
	trifft zu	Anzahl		17	8	25
		% innerhalb von Unterbringung durch BGB		68,0%	32,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl		55	19	74
		% innerhalb von Unterbringung durch BGB		74,3%	25,7%	100,0%

Tab. 92

Abbruch der Behandlung- Verteilung nach Geschlecht und Migrationshintergrund

Geschlecht			Abbruch der Behandlung		Gesamt	
			trifft nicht zu	Trifft zu		
männlich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	127	9	136
			% innerhalb von Migrationshintergrund	93,4%	6,6%	100,0%
		einseitig	Anzahl	23	2	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	92,0%	8,0%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	37	12	49
			% innerhalb von Migrationshintergrund	75,5%	24,5%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	187	23	210	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	89,0%	11,0%	100,0%	
weiblich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	79	8	87
			% innerhalb von Migrationshintergrund	90,8%	9,2%	100,0%
		einseitig	Anzahl	26	3	29
			% innerhalb von Migrationshintergrund	89,7%	10,3%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	18	7	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	72,0%	28,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	123	18	141	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	87,2%	12,8%	100,0%	

Signifikanz: 0,002 (männlich); Signifikanz 0,042 (weiblich)

Tab. 93

Abbruch der Behandlung- Verteilung nach Migrationshintergrund und Alter

Alter		Abbruch der Behandlung		Gesamt
		trifft nicht zu	trifft zu	
unter 6 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	26
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%
		einseitig	Anzahl	3
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%
		beidseitig	Anzahl	4
			% innerhalb von Migrationshintergrund	80,0%
	Gesamt	Anzahl		33
		% innerhalb von Migrationshintergrund		97,1%
6-12 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	67
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%
		einseitig	Anzahl	18
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%
		beidseitig	Anzahl	13
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%
	Gesamt	Anzahl		98
		% innerhalb von Migrationshintergrund		100,0%
13-18 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	107
			% innerhalb von Migrationshintergrund	87,0%
		einseitig	Anzahl	28
			% innerhalb von Migrationshintergrund	84,8%
		beidseitig	Anzahl	35
			% innerhalb von Migrationshintergrund	68,6%
	Gesamt	Anzahl		170
		% innerhalb von Migrationshintergrund		82,1%
19-21 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	6
			% innerhalb von Migrationshintergrund	85,7%
		beidseitig	Anzahl	3
			% innerhalb von Migrationshintergrund	60,0%
	Gesamt	Anzahl		9
		% innerhalb von Migrationshintergrund		75,0%

Signifikanz: 0,014 (13-18 Jahre)

Tab. 94

Notunterbringung und Abbruch der Behandlung- Verteilung nach Migrationshintergrund

Migrationshintergrund			Abbruch der Behandlung		Gesamt
			trifft nicht zu	trifft zu	
ohne Einweisung durch	trifft	Anzahl	192	12	204
		% innerhalb von Einweisung durch Notaufnahme einer anderen Klinik	94,1%	5,9%	100,0%
	trifft zu	Anzahl	14	5	19
		% innerhalb von Einweisung durch Notaufnahme einer anderen Klinik	73,7%	26,3%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	206	17	223
		% innerhalb von Einweisung durch Notaufnahme einer anderen Klinik	92,4%	7,6%	100,0%
einseitig Einweisung	trifft	Anzahl	45	5	50
		% innerhalb von Einweisung durch Notaufnahme einer anderen Klinik	90,0%	10,0%	100,0%
	trifft zu	Anzahl	4	0	4
		% innerhalb von Einweisung durch Notaufnahme einer anderen Klinik	100,0%	,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	49	5	54
		% innerhalb von Einweisung durch Notaufnahme einer anderen Klinik	90,7%	9,3%	100,0%
beidseitig Einweisung durch	trifft	Anzahl	47	12	59
		% innerhalb von Einweisung durch Notaufnahme einer anderen Klinik	79,7%	20,3%	100,0%
	trifft zu	Anzahl	8	7	15
		% innerhalb von Einweisung durch Notaufnahme einer anderen Klinik	53,3%	46,7%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	55	19	74
		% innerhalb von Einweisung durch Notaufnahme einer anderen Klinik	74,3%	25,7%	100,0%

Signifikanz: 0,037 (beidseitiger Migrationshintergrund)

Tab. 95

Differenzielle Einweiser und Abbruch der Behandlung- Verteilung nach Migrationshintergrund

Einweisung durch sonstige (Polizei, Jugendamt, etc.)				Abbruch der Behandlung		Gesamt
				trifft nicht zu	trifft zu	
trifft nicht zu	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	180	13	193
			% innerhalb von Migrationshintergrund	93,3%	6,7%	100,0%
		einseitig	Anzahl	37	4	41
			% innerhalb von Migrationshintergrund	90,2%	9,8%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	41	14	55
			% innerhalb von Migrationshintergrund	74,5%	25,5%	100,0%
	Gesamt		Anzahl	258	31	289
			% innerhalb von Migrationshintergrund	89,3%	10,7%	100,0%
trifft zu	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	26	4	30
			% innerhalb von Migrationshintergrund	86,7%	13,3%	100,0%
		einseitig	Anzahl	12	1	13
			% innerhalb von Migrationshintergrund	92,3%	7,7%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	14	5	19
			% innerhalb von Migrationshintergrund	73,7%	26,3%	100,0%
	Gesamt		Anzahl	52	10	62
			% innerhalb von Migrationshintergrund	83,9%	16,1%	100,0%

Tab. 96

Differenzielle Einweiser- Verteilung nach Geschlecht und Migrationshintergrund

Geschlecht				Einweisung durch sonstige		Gesamt
				trifft nicht zu	trifft zu	
männlich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	122	14	136
			% innerhalb von Migrationshintergrund	89,7%	10,3%	100,0%
		einseitig	Anzahl	19	6	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	76,0%	24,0%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	36	13	49
			% innerhalb von Migrationshintergrund	73,5%	26,5%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	177	33	210	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	84,3%	15,7%	100,0%	
weiblich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	71	16	87
			% innerhalb von Migrationshintergrund	81,6%	18,4%	100,0%
		einseitig	Anzahl	22	7	29
			% innerhalb von Migrationshintergrund	75,9%	24,1%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	19	6	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	76,0%	24,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	112	29	141	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	79,4%	20,6%	100,0%	

Signifikanz: 0,013 (männlich)

Tab. 97

Differenzielle Einweiser und dissoziales Verhalten- Verteilung nach Migrationshintergrund

Einweisung durch sonstige			Symptomatik zum Zeitpunkt der Einweisung: dissozial/ delinquent		Gesamt	
			trifft nicht zu	Trifft zu		
trifft nicht zu	Migrationshintergrund ohne	Anzahl	165	27	192	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	85,9%	14,1%	100,0%	
		einseitig	Anzahl	35	6	41
			% innerhalb von Migrationshintergrund	85,4%	14,6%	100,0%
	beidseitig	Anzahl	49	6	55	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	89,1%	10,9%	100,0%	
	Gesamt	Anzahl	249	39	288	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	86,5%	13,5%	100,0%	
trifft zu	Migrationshintergrund ohne	Anzahl	20	10	30	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	66,7%	33,3%	100,0%	
		einseitig	Anzahl	9	4	13
			% innerhalb von Migrationshintergrund	69,2%	30,8%	100,0%
	beidseitig	Anzahl	8	11	19	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	42,1%	57,9%	100,0%	
	Gesamt	Anzahl	37	25	62	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	59,7%	40,3%	100,0%	

Tab. 98

Dissoziale Einweisungssymptomatik und Aufwachsen mit einem alleinerziehenden Elternteil- Verteilung nach Migrationshintergrund

Alleinerziehendes Elternteil				Symptomatik zum Zeitpunkt der Einweisung: dissozial/ delinquent		Gesamt
				trifft nicht zu	trifft zu	
trifft nicht zu	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	95	15	110
			% innerhalb von Migrationshintergrund	86,4%	13,6%	100,0%
		einseitig	Anzahl	13	3	16
			% innerhalb von Migrationshintergrund	81,3%	18,8%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	27	9	36
			% innerhalb von Migrationshintergrund	75,0%	25,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	135	27	162	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	83,3%	16,7%	100,0%	
trifft zu	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	78	20	98
			% innerhalb von Migrationshintergrund	79,6%	20,4%	100,0%
		einseitig	Anzahl	30	7	37
			% innerhalb von Migrationshintergrund	81,1%	18,9%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	20	8	28
			% innerhalb von Migrationshintergrund	71,4%	28,6%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	128	35	163	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	78,5%	21,5%	100,0%	

Tab. 99

Dauer des Klinikaufenthaltes-Verteilung nach Geschlecht und Migrationshintergrund

Geschlecht			Dauer des Klinikaufenthaltes					Gesamt
			Krisenintervention	unter 1 Monat	1-3 Monate	3-6 Monate	über 6 Monate	
männlich	ohne Migrationshintergrund	Anzahl	10	20	79	26	1	136
		% innerhalb von Migrationshintergrund	7,4%	14,7%	58,1%	19,1%	,7%	100,0%
	einseitig	Anzahl	6	4	8	5	2	25
		% innerhalb von Migrationshintergrund	24,0%	16,0%	32,0%	20,0%	8,0%	100,0%
	beidseitig	Anzahl	9	13	21	5	1	49
		% innerhalb von Migrationshintergrund	18,4%	26,5%	42,9%	10,2%	2,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	25	37	108	36	4	210
		% innerhalb von Migrationshintergrund	11,9%	17,6%	51,4%	17,1%	1,9%	100,0%
weiblich	ohne Migrationshintergrund	Anzahl	15	18	42	11	1	87
		% innerhalb von Migrationshintergrund	17,2%	20,7%	48,3%	12,6%	1,1%	100,0%
	einseitig	Anzahl	4	8	12	5	0	29
		% innerhalb von Migrationshintergrund	13,8%	27,6%	41,4%	17,2%	,0%	100,0%
	beidseitig	Anzahl	13	5	5	1	1	25
		% innerhalb von Migrationshintergrund	52,0%	20,0%	20,0%	4,0%	4,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	32	31	59	17	2	141
		% innerhalb von Migrationshintergrund	22,7%	22,0%	41,8%	12,1%	1,4%	100,0%

Signifikanz: 0,006 (männlich); Signifikanz 0,012 (weiblich)

Tab. 100

Dauer des Klinikaufenthaltes- Verteilung nach Migrationshintergrund und Alter

Alter			Dauer des Klinikaufenthaltes					Gesamt
			Krisenintervention	unter 1 Monat	1-3 Monate	3-6 Monate	über 6 Monate	
unter 6 Jahre	Migrationshintergrund ohne	Anzahl	0		10	16	0	26
		% innerhalb von Migrationshintergrund	,0%		38,5%	61,5%	,0%	100,0%
		Anzahl	0		1	0	2	3
		% innerhalb von Migrationshintergrund	,0%		33,3%	,0%	66,7%	100,0%
	beidseitig	Anzahl	1		2	2	0	5
		% innerhalb von Migrationshintergrund	20,0%		40,0%	40,0%	,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	1		13	18	2	34
		% innerhalb von Migrationshintergrund	2,9%		38,2%	52,9%	5,9%	100,0%
6-12 Jahre	Migrationshintergrund ohne	Anzahl		9	51	7	0	67
		% innerhalb von Migrationshintergrund		13,4%	76,1%	10,4%	,0%	100,0%
	einseitig	Anzahl		4	8	6	0	18
		% innerhalb von Migrationshintergrund		22,2%	44,4%	33,3%	,0%	100,0%
	beidseitig	Anzahl		2	9	1	1	13
		% innerhalb von Migrationshintergrund		15,4%	69,2%	7,7%	7,7%	100,0%
	Gesamt	Anzahl		15	68	14	1	98
		% innerhalb von Migrationshintergrund		15,3%	69,4%	14,3%	1,0%	100,0%
13-18 Jahre	Migrationshintergrund ohne	Anzahl	24	28	56	13	2	123
		% innerhalb von Migrationshintergrund	19,5%	22,8%	45,5%	10,6%	1,6%	100,0%
	einseitig	Anzahl	10	8	11	4	0	33
		% innerhalb von Migrationshintergrund	30,3%	24,2%	33,3%	12,1%	,0%	100,0%
	beidseitig	Anzahl	19	15	13	3	1	51
		% innerhalb von Migrationshintergrund	37,3%	29,4%	25,5%	5,9%	2,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	53	51	80	20	3	207
		% innerhalb von Migrationshintergrund	25,6%	24,6%	38,6%	9,7%	1,4%	100,0%
19-21 Jahre	Migrationshintergrund ohne	Anzahl	1	1	4	1		7
		% innerhalb von Migrationshintergrund	14,3%	14,3%	57,1%	14,3%		100,0%
	beidseitig	Anzahl	2	1	2	0		5
		% innerhalb von Migrationshintergrund	40,0%	20,0%	40,0%	,0%		100,0%
	Gesamt	Anzahl	3	2	6	1		12
		% innerhalb von Migrationshintergrund	25,0%	16,7%	50,0%	8,3%		100,0%

Signifikanz: 0,021 (6-12 Jahre)

Aus den Daten errechenbar: Signifikanz: 0,041, CV= 0,313 (beidseitiger Migrationshintergrund)

Tab. 101

Diagnosegruppe F1 (ICD10)- Verteilung nach Migrationshintergrund und Alter

Alter				Psychiatrische Diagnose F1		Gesamt
				trifft nicht zu	trifft zu	
unter 6 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	26		26
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%		100,0%
		einseitig	Anzahl	3		3
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%		100,0%
		beidseitig	Anzahl	5		5
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%		100,0%
		Gesamt	Anzahl	34		34
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%		100,0%
6-12 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	67		67
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%		100,0%
		einseitig	Anzahl	18		18
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%		100,0%
		beidseitig	Anzahl	13		13
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%		100,0%
		Gesamt	Anzahl	98		98
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%		100,0%
13-18 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	88	35	123
			% innerhalb von Migrationshintergrund	71,5%	28,5%	100,0%
		einseitig	Anzahl	27	6	33
			% innerhalb von Migrationshintergrund	81,8%	18,2%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	43	8	51
			% innerhalb von Migrationshintergrund	84,3%	15,7%	100,0%
		Gesamt	Anzahl	158	49	207
			% innerhalb von Migrationshintergrund	76,3%	23,7%	100,0%
19-21 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	6	1	7
			% innerhalb von Migrationshintergrund	85,7%	14,3%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	3	2	5
			% innerhalb von Migrationshintergrund	60,0%	40,0%	100,0%
		Gesamt	Anzahl	9	3	12
			% innerhalb von Migrationshintergrund	75,0%	25,0%	100,0%

Tab. 102

Einweisungssymptomatik: Alkohol und Drogenabusus- Verteilung nach Alter und Migrationshintergrund

Alter			Symptomatik zum Zeitpunkt der Einweisung:		Gesamt
			Drogen/ Alkoholabusus		
			trifft nicht zu	trifft zu	
unter 6 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	26	26
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	100,0%
		einseitig	Anzahl	3	3
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	5	5
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	100,0%
Gesamt	Anzahl	34	34		
	% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	100,0%		
6-12 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	66	66
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	100,0%
		einseitig	Anzahl	18	18
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	13	13
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	100,0%
Gesamt	Anzahl	97	97		
	% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	100,0%		
13-18 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	83	123
			% innerhalb von Migrationshintergrund	67,5%	32,5%
		einseitig	Anzahl	26	33
			% innerhalb von Migrationshintergrund	78,8%	21,2%
		beidseitig	Anzahl	40	51
			% innerhalb von Migrationshintergrund	78,4%	21,6%
Gesamt	Anzahl	149	207		
	% innerhalb von Migrationshintergrund	72,0%	28,0%	100,0%	
19-21 Jahre	Migrationshinterg	ohne	Anzahl	4	7
			% innerhalb von Migrationshintergrund	57,1%	42,9%
		beidsei	Anzahl	2	5
			% innerhalb von Migrationshintergrund	40,0%	60,0%
		Gesamt	Anzahl	6	12
			% innerhalb von Migrationshintergrund	50,0%	50,0%

Tab. 103

Einweisungssymptomatik: Drogen –und Alkoholabusus- Verteilung nach Migrationshintergrund und Geschlecht

Geschlecht			Symptomatik zum Zeitpunkt der Einweisung:		Gesamt	
			Drogen/ Alkoholabusus			
			trifft nicht zu	trifft zu		
männlich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	115	21	136
			% innerhalb von Migrationshintergrund	84,6%	15,4%	100,0%
		einseitig	Anzahl	22	3	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	88,0%	12,0%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	40	9	49
			% innerhalb von Migrationshintergrund	81,6%	18,4%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	177	33	210	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	84,3%	15,7%	100,0%	
weiblich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	64	22	86
			% innerhalb von Migrationshintergrund	74,4%	25,6%	100,0%
		einseitig	Anzahl	25	4	29
			% innerhalb von Migrationshintergrund	86,2%	13,8%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	20	5	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	80,0%	20,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	109	31	140	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	77,9%	22,1%	100,0%	

Tab. 104

Diagnosegruppe F1 (ICD10)- Verteilung nach Migrationshintergrund und Geschlecht

Geschlecht				Psychiatrische Diagnose F1		Gesamt
				trifft nicht zu	trifft zu	
männlich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	116	20	136
			% innerhalb von Migrationshintergrund	85,3%	14,7%	100,0%
		einseitig	Anzahl	23	2	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	92,0%	8,0%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	40	9	49
			% innerhalb von Migrationshintergrund	81,6%	18,4%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	179	31	210	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	85,2%	14,8%	100,0%	
weiblich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	71	16	87
			% innerhalb von Migrationshintergrund	81,6%	18,4%	100,0%
		einseitig	Anzahl	25	4	29
			% innerhalb von Migrationshintergrund	86,2%	13,8%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	24	1	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	96,0%	4,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	120	21	141	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	85,1%	14,9%	100,0%	

Unter der Diagnose F1 ist hier überwiegend die Diagnose F1.1 (schädlicher Gebrauch) subsumiert.

Tab. 105

Diagnose-Gruppe F2 (ICD10)- Verteilung nach Migrationshintergrund und Geschlecht

Geschlecht			Psychiatrische Diagnose F2		Gesamt	
			trifft nicht zu	trifft zu		
männlich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	133	3	136
			% innerhalb von Migrationshintergrund	97,8%	2,2%	100,0%
		einseiti	Anzahl	24	1	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	96,0%	4,0%	100,0%
		beidseit	Anzahl	42	7	49
			% innerhalb von Migrationshintergrund	85,7%	14,3%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	199	11	210	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	94,8%	5,2%	100,0%	
weiblich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	86	1	87
			% innerhalb von Migrationshintergrund	98,9%	1,1%	100,0%
		einseiti	Anzahl	29	0	29
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	,0%	100,0%
		beidseit	Anzahl	25	0	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	140	1	141	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	99,3%	,7%	100,0%	

Signifikanz: 0,005 (männlich)

Tab. 106

Diagnosegruppe F3 (ICD10) - Verteilung nach Migrationshintergrund und Geschlecht

Geschlecht			Psychiatrische Diagnose F3		Gesamt	
			trifft nicht zu	trifft zu		
männlich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	117	19	136
			% innerhalb von Migrationshintergrund	86,0%	14,0%	100,0%
		einseitig	Anzahl	21	4	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	84,0%	16,0%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	44	5	49
			% innerhalb von Migrationshintergrund	89,8%	10,2%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	182	28	210	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	86,7%	13,3%	100,0%	
weiblich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	72	15	87
			% innerhalb von Migrationshintergrund	82,8%	17,2%	100,0%
		einseitig	Anzahl	22	7	29
			% innerhalb von Migrationshintergrund	75,9%	24,1%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	20	5	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	80,0%	20,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	114	27	141	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	80,9%	19,1%	100,0%	

Anm: Hier handelt es sich ausschließlich um depressive Erkrankungen der Gruppe F32.X und F33

Tab. 107

Einweisungssymptomatik: delinquentes/ dissoziales Verhalten und Entlassungsdiagnose F3- Verteilung nach Migrationshintergrund

Symptomatik zum Zeitpunkt der Einweisung: dissozial/ delinquent				Psychiatrische Diagnose F3		Gesamt
				trifft nicht zu	trifft zu	
trifft nicht zu	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	157	28	185
			% innerhalb von Migrationshintergrund	84,9%	15,1%	100,0%
		einseitig	Anzahl	33	11	44
			% innerhalb von Migrationshintergrund	75,0%	25,0%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	48	9	57
			% innerhalb von Migrationshintergrund	84,2%	15,8%	100,0%
	Gesamt		Anzahl	238	48	286
			% innerhalb von Migrationshintergrund	83,2%	16,8%	100,0%
trifft zu	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	31	6	37
			% innerhalb von Migrationshintergrund	83,8%	16,2%	100,0%
		einseitig	Anzahl	10	0	10
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	,0%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	16	1	17
			% innerhalb von Migrationshintergrund	94,1%	5,9%	100,0%
	Gesamt		Anzahl	57	7	64
			% innerhalb von Migrationshintergrund	89,1%	10,9%	100,0%

Tab. 108

Einweisungssymptomatik: Depressivität und Entlassungsdiagnose F3- Verteilung nach Migrationshintergrund

Symptomatik zum Zeitpunkt der Einweisung: depressiv				Psychiatrische Diagnose F3		Gesamt
				trifft nicht zu	trifft zu	
trifft nicht zu	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	144	14	158
			% innerhalb von Migrationshintergrund	91,1%	8,9%	100,0%
		einseitig	Anzahl	35	5	40
			% innerhalb von Migrationshintergrund	87,5%	12,5%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	54	4	58
			% innerhalb von Migrationshintergrund	93,1%	6,9%	100,0%
	Gesamt		Anzahl	233	23	256
			% innerhalb von Migrationshintergrund	91,0%	9,0%	100,0%
trifft zu	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	44	20	64
			% innerhalb von Migrationshintergrund	68,8%	31,3%	100,0%
		einseitig	Anzahl	8	6	14
			% innerhalb von Migrationshintergrund	57,1%	42,9%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	10	6	16
			% innerhalb von Migrationshintergrund	62,5%	37,5%	100,0%
	Gesamt		Anzahl	62	32	94
			% innerhalb von Migrationshintergrund	66,0%	34,0%	100,0%

Aus den Daten errechenbar: Signifikanz: 0,002 (beidseitiger Migrationshintergrund)

Tab. 109

Einweisungssymptomatik: Suizidale Handlungen/ Absichten und Entlassungsdiagnose F3- Verteilung nach Migrationshintergrund

Symptomatik zum Zeitpunkt der Einweisung: suizidal				Psychiatrische Diagnose F3		Gesamt
				trifft nicht zu	trifft zu	
trifft nicht zu	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	151	19	170
			% innerhalb von Migrationshintergrund	88,8%	11,2%	100,0%
		einseitig	Anzahl	34	6	40
			% innerhalb von Migrationshintergrund	85,0%	15,0%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	50	4	54
			% innerhalb von Migrationshintergrund	92,6%	7,4%	100,0%
	Gesamt		Anzahl	235	29	264
			% innerhalb von Migrationshintergrund	89,0%	11,0%	100,0%
trifft zu	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	37	15	52
			% innerhalb von Migrationshintergrund	71,2%	28,8%	100,0%
		einseitig	Anzahl	9	5	14
			% innerhalb von Migrationshintergrund	64,3%	35,7%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	14	6	20
			% innerhalb von Migrationshintergrund	70,0%	30,0%	100,0%
	Gesamt		Anzahl	60	26	86
			% innerhalb von Migrationshintergrund	69,8%	30,2%	100,0%

Aus den Daten errechenbar: Signifikanz: 0,012 (beidseitiger Migrationshintergrund)

Tab. 110

Einweisungssymptomatik: Somatisierungsbeschwerden und Entlassungsdiagnose F3- Verteilung nach Migrationshintergrund

Symptomatik zum Zeitpunkt der Einweisung: Somatisierung				Psychiatrische Diagnose F3		Gesamt
				trifft nicht zu	trifft zu	
trifft nicht zu	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	155	22	177
			% innerhalb von Migrationshintergrund	87,6%	12,4%	100,0%
		einseitig	Anzahl	33	6	39
			% innerhalb von Migrationshintergrund	84,6%	15,4%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	52	5	57
			% innerhalb von Migrationshintergrund	91,2%	8,8%	100,0%
	Gesamt		Anzahl	240	33	273
			% innerhalb von Migrationshintergrund	87,9%	12,1%	100,0%
trifft zu	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	33	12	45
			% innerhalb von Migrationshintergrund	73,3%	26,7%	100,0%
		einseitig	Anzahl	10	5	15
			% innerhalb von Migrationshintergrund	66,7%	33,3%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	12	5	17
			% innerhalb von Migrationshintergrund	70,6%	29,4%	100,0%
	Gesamt		Anzahl	55	22	77
			% innerhalb von Migrationshintergrund	71,4%	28,6%	100,0%

Aus den Daten errechenbar: Signifikanz: 0,026 (beidseitiger Migrationshintergrund)

Tab. 111

Entlassungsdiagnose F4 (ICD10) - Verteilung nach Migrationshintergrund und Alter

Alter				Psychiatrische Diagnose F4		Gesamt
				trifft nicht zu	trifft zu	
unter 6 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	25	1	26
			% innerhalb von Migrationshintergrund	96,2%	3,8%	100,0%
		einseitig	Anzahl	2	1	3
			% innerhalb von Migrationshintergrund	66,7%	33,3%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	5	0	5
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	,0%	100,0%
	Gesamt		Anzahl	32	2	34
			% innerhalb von Migrationshintergrund	94,1%	5,9%	100,0%
6-12 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	51	16	67
			% innerhalb von Migrationshintergrund	76,1%	23,9%	100,0%
		einseitig	Anzahl	16	2	18
			% innerhalb von Migrationshintergrund	88,9%	11,1%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	9	4	13
			% innerhalb von Migrationshintergrund	69,2%	30,8%	100,0%
	Gesamt		Anzahl	76	22	98
			% innerhalb von Migrationshintergrund	77,6%	22,4%	100,0%
13-18 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	74	49	123
			% innerhalb von Migrationshintergrund	60,2%	39,8%	100,0%
		einseitig	Anzahl	17	16	33
			% innerhalb von Migrationshintergrund	51,5%	48,5%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	27	24	51
			% innerhalb von Migrationshintergrund	52,9%	47,1%	100,0%
	Gesamt		Anzahl	118	89	207
			% innerhalb von Migrationshintergrund	57,0%	43,0%	100,0%
19-21 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	2	5	7
			% innerhalb von Migrationshintergrund	28,6%	71,4%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	3	2	5
			% innerhalb von Migrationshintergrund	60,0%	40,0%	100,0%
	Gesamt		Anzahl	5	7	12
			% innerhalb von Migrationshintergrund	41,7%	58,3%	100,0%

Die F4- Gruppe beinhaltet in dieser Untersuchung nur Diagnoseausprägungen: F43.1 (PTBS) und F43.2 (Anpassungsstörung)

Tab. 112

Entlassungsdiagnose aus der F4-Gruppe (ISD10) und traumatische Lebenserfahrungen- Verteilung nach Migrationshintergrund

Migrationshintergrund				Traumata		Gesamt
				trifft nicht zu	trifft zu	
ohne Psychiatriche	trifft	Anzahl		123	20	143
		% innerhalb von Psychiatriche Diagnose F4		86,0%	14,0%	100,0%
	trifft zu	Anzahl		57	9	66
		% innerhalb von Psychiatriche Diagnose F4		86,4%	13,6%	100,0%
	Gesamt	Anzahl		180	29	209
		% innerhalb von Psychiatriche Diagnose F4		86,1%	13,9%	100,0%
einseitig Psychiatriche	trifft	Anzahl		27	7	34
		% innerhalb von Psychiatriche Diagnose F4		79,4%	20,6%	100,0%
	trifft zu	Anzahl		15	4	19
		% innerhalb von Psychiatriche Diagnose F4		78,9%	21,1%	100,0%
	Gesamt	Anzahl		42	11	53
		% innerhalb von Psychiatriche Diagnose F4		79,2%	20,8%	100,0%
beidseitig Psychiatriche	trifft	Anzahl		28	12	40
		% innerhalb von Psychiatriche Diagnose F4		70,0%	30,0%	100,0%
	trifft zu	Anzahl		13	12	25
		% innerhalb von Psychiatriche Diagnose F4		52,0%	48,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl		41	24	65
		% innerhalb von Psychiatriche Diagnose F4		63,1%	36,9%	100,0%

Unter dem Item: traumatische Erfahrungen sind vorwiegend Missbrauchserfahrungen sowie erlebte körperliche Gewalt subsumiert.

Tab. 113

Entlassungsdiagnose F4-Gruppe (ICD10) und Fremdunterbringung des Patienten- Verteilung nach

Migrationshintergrund

Migrationshintergrund				Pat. ist fremduntergebracht		Gesamt
				trifft nicht zu	trifft zu	
ohne	Psychiatrische	trifft	Anzahl	114	29	143
			% innerhalb von Psychiatrische Diagnose F4	79,7%	20,3%	100,0%
		trifft zu	Anzahl	52	14	66
			% innerhalb von Psychiatrische Diagnose F4	78,8%	21,2%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	166	43	209	
		% innerhalb von Psychiatrische Diagnose F4	79,4%	20,6%	100,0%	
einseitig	Psychiatrische	trifft	Anzahl	25	9	34
			% innerhalb von Psychiatrische Diagnose F4	73,5%	26,5%	100,0%
		trifft zu	Anzahl	13	6	19
			% innerhalb von Psychiatrische Diagnose F4	68,4%	31,6%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	38	15	53	
		% innerhalb von Psychiatrische Diagnose F4	71,7%	28,3%	100,0%	
beidseitig	Psychiatrische	trifft	Anzahl	31	9	40
			% innerhalb von Psychiatrische Diagnose F4	77,5%	22,5%	100,0%
		trifft zu	Anzahl	13	11	24
			% innerhalb von Psychiatrische Diagnose F4	54,2%	45,8%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	44	20	64	
		% innerhalb von Psychiatrische Diagnose F4	68,8%	31,3%	100,0%	

Signifikanz: 0,051 (beidseitig)

Tab. 114

Entlassungsdiagnose F4-Gruppe (ICD10)- Verteilung nach Migrationshintergrund und Geschlecht

Geschlecht			Psychiatrische Diagnose F4		Gesamt	
			trifft nicht zu	trifft zu		
männlich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	96	40	136
			% innerhalb von Migrationshintergrund	70,6%	29,4%	100,0%
		einseiti	Anzahl	17	8	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	68,0%	32,0%	100,0%
		beidseit	Anzahl	37	12	49
			% innerhalb von Migrationshintergrund	75,5%	24,5%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	150	60	210	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	71,4%	28,6%	100,0%	
weiblich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	56	31	87
			% innerhalb von Migrationshintergrund	64,4%	35,6%	100,0%
		einseiti	Anzahl	18	11	29
			% innerhalb von Migrationshintergrund	62,1%	37,9%	100,0%
		beidseit	Anzahl	7	18	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	28,0%	72,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	81	60	141	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	57,4%	42,6%	100,0%	

Signifikanz: 0.004 (weiblich)

Tab. 115

Entlassungsdiagnose aus der F4-Gruppe (ICD10) und Einweisungssymptomatik: selbstverletzendes Verhalten-
Verteilung nach Migrationshintergrund

Migrationshintergrund				Symptomatik zum Zeitpunkt der		
				Einweisung: autoaggressiv		
				trifft nicht zu	trifft zu	Gesamt
ohne	Psychiatrische	trifft	Anzahl	129	22	151
			% innerhalb von Psychiatrische Diagnose F4	85,4%	14,6%	100,0%
		trifft zu	Anzahl	57	14	71
			% innerhalb von Psychiatrische Diagnose F4	80,3%	19,7%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	186	36	222	
		% innerhalb von Psychiatrische Diagnose F4	83,8%	16,2%	100,0%	
einseitig	Psychiatrische	trifft	Anzahl	27	8	35
			% innerhalb von Psychiatrische Diagnose F4	77,1%	22,9%	100,0%
		trifft zu	Anzahl	15	4	19
			% innerhalb von Psychiatrische Diagnose F4	78,9%	21,1%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	42	12	54	
		% innerhalb von Psychiatrische Diagnose F4	77,8%	22,2%	100,0%	
beidseitig	Psychiatrische	trifft	Anzahl	40	4	44
			% innerhalb von Psychiatrische Diagnose F4	90,9%	9,1%	100,0%
		trifft zu	Anzahl	27	3	30
			% innerhalb von Psychiatrische Diagnose F4	90,0%	10,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	67	7	74	
		% innerhalb von Psychiatrische Diagnose F4	90,5%	9,5%	100,0%	

Unter dem Item „autoaggressives Verhalten“ ist ausschließlich selbstverletzendes Verhalten subsumiert

Tab. 116

Entlassungsdiagnose F4-Gruppe (ICD10) und Einweisungssymptomatik: Somatisierung- Verteilung nach
Migrationshintergrund

Migrationshintergrund			Symptomatik zum Zeitpunkt der Einweisung: Somatisierung		Gesamt
			trifft nicht zu	trifft zu	
ohne Psychiatrische	trifft	Anzahl	123	28	151
		% innerhalb von Psychiatrische Diagnose F4	81,5%	18,5%	100,0%
	trifft zu	Anzahl	54	17	71
		% innerhalb von Psychiatrische Diagnose F4	76,1%	23,9%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	177	45	222
		% innerhalb von Psychiatrische Diagnose F4	79,7%	20,3%	100,0%
einseitig Psychiatrische	trifft	Anzahl	27	8	35
		% innerhalb von Psychiatrische Diagnose F4	77,1%	22,9%	100,0%
	trifft zu	Anzahl	12	7	19
		% innerhalb von Psychiatrische Diagnose F4	63,2%	36,8%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	39	15	54
		% innerhalb von Psychiatrische Diagnose F4	72,2%	27,8%	100,0%
beidseitig Psychiatrische	trifft	Anzahl	35	9	44
		% innerhalb von Psychiatrische Diagnose F4	79,5%	20,5%	100,0%
	trifft zu	Anzahl	22	8	30
		% innerhalb von Psychiatrische Diagnose F4	73,3%	26,7%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	57	17	74
		% innerhalb von Psychiatrische Diagnose F4	77,0%	23,0%	100,0%

Tab. 117

Entlassungsdiagnose F6- Gruppe (ICD10)- Verteilung nach Migrationshintergrund und Geschlecht

Geschlecht			Psychiatrische Diagnose F6		Gesamt	
			trifft nicht zu	trifft zu		
männlich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	128	8	136
			% innerhalb von Migrationshintergrund	94,1%	5,9%	100,0%
		einseitig	Anzahl	24	1	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	96,0%	4,0%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	48	1	49
			% innerhalb von Migrationshintergrund	98,0%	2,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	200	10	210	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	95,2%	4,8%	100,0%	
weiblich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	77	10	87
			% innerhalb von Migrationshintergrund	88,5%	11,5%	100,0%
		einseitig	Anzahl	25	4	29
			% innerhalb von Migrationshintergrund	86,2%	13,8%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	25	0	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	127	14	141	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	90,1%	9,9%	100,0%	

Die F6-Gruppe hat in vorliegender Untersuchung nur eine Diagnoseausprägung: F60.3 (emotional-instabile Persönlichkeit)

Tab. 118

Entlassungsdiagnose F8-Gruppe (ICD10)- Verteilung nach Migrationshintergrund und Geschlecht

Geschlecht				Psychiatrische Diagnose F8		Gesamt
				trifft nicht zu	trifft zu	
männlich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	78	58	136
			% innerhalb von Migrationshintergrund	57,4%	42,6%	100,0%
		einseitig	Anzahl	14	11	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	56,0%	44,0%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	32	17	49
			% innerhalb von Migrationshintergrund	65,3%	34,7%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	124	86	210	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	59,0%	41,0%	100,0%	
weiblich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	64	23	87
			% innerhalb von Migrationshintergrund	73,6%	26,4%	100,0%
		einseitig	Anzahl	23	6	29
			% innerhalb von Migrationshintergrund	79,3%	20,7%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	21	4	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	84,0%	16,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	108	33	141	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	76,6%	23,4%	100,0%	

Die F8-Gruppe beinhaltet in dieser Untersuchung nur umschriebene Entwicklungsstörungen, lediglich ein Pat. wies eine tiefgreifende Entwicklungsstörung auf.

Tab. 119

Einweisungssymptomatik: Entwicklungsauffälligkeiten- Verteilung nach Migrationshintergrund und Geschlecht

Geschlecht			Symptomatik zum Zeitpunkt der Einweisung:			
			Entwicklungsauffälligkeiten			
			trifft nicht zu	trifft zu	Gesamt	
männlich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	95	41	136
			% innerhalb von Migrationshintergrund	69,9%	30,1%	100,0%
		einseitig	Anzahl	19	6	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	76,0%	24,0%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	41	8	49
			% innerhalb von Migrationshintergrund	83,7%	16,3%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	155	55	210	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	73,8%	26,2%	100,0%	
weiblich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	69	17	86
			% innerhalb von Migrationshintergrund	80,2%	19,8%	100,0%
		einseitig	Anzahl	28	1	29
			% innerhalb von Migrationshintergrund	96,6%	3,4%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	20	4	24
			% innerhalb von Migrationshintergrund	83,3%	16,7%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	117	22	139	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	84,2%	15,8%	100,0%	

Tab. 120

Einweisungssymptom: Entwicklungsauffälligkeit und Einweisung durch eine staatliche Institution-Verteilung nach Migrationshintergrund

Einweisung durch Schule / Kita				Symptomatik zum Zeitpunkt der Einweisung:		Gesamt
				Entwicklungsauffälligkeiten		
				trifft nicht zu	trifft zu	
trifft nicht zu	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	150	40	190
			% innerhalb von Migrationshintergrund	78,9%	21,1%	100,0%
		einseitig	Anzahl	44	5	49
			% innerhalb von Migrationshintergrund	89,8%	10,2%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	58	7	65
			% innerhalb von Migrationshintergrund	89,2%	10,8%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	252	52	304	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	82,9%	17,1%	100,0%	
trifft zu	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	14	18	32
			% innerhalb von Migrationshintergrund	43,8%	56,3%	100,0%
		einseitig	Anzahl	3	2	5
			% innerhalb von Migrationshintergrund	60,0%	40,0%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	3	5	8
			% innerhalb von Migrationshintergrund	37,5%	62,5%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	20	25	45	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	44,4%	55,6%	100,0%	

Tab. 121

Einweisungssymptomatik: Entwicklungsauffälligkeiten und Einweisung durch die Eltern- Verteilung nach Migrationshintergrund

Einweisung durch Eltern				Symptomatik zum Zeitpunkt der Einweisung:		
				Entwicklungsauffälligkeiten		
				trifft nicht zu	trifft zu	Gesamt
trifft nicht zu	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	76	20	96
			% innerhalb von Migrationshintergrund	79,2%	20,8%	100,0%
		einseitig	Anzahl	32	2	34
			% innerhalb von Migrationshintergrund	94,1%	5,9%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	41	7	48
			% innerhalb von Migrationshintergrund	85,4%	14,6%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	149	29	178	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	83,7%	16,3%	100,0%	
trifft zu	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	88	38	126
			% innerhalb von Migrationshintergrund	69,8%	30,2%	100,0%
		einseitig	Anzahl	15	5	20
			% innerhalb von Migrationshintergrund	75,0%	25,0%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	20	5	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	80,0%	20,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	123	48	171	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	71,9%	28,1%	100,0%	

Tab. 122

Einweisungssymptomatik: Entwicklungsauffälligkeiten- Verteilung nach Migrationshintergrund und Alter

Alter			Symptomatik zum Zeitpunkt der Einweisung:		Gesamt	
			Entwicklungsauffälligkeiten			
			trifft nicht zu	trifft zu		
unter 6 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	3	23	26
			% innerhalb von Migrationshintergrund	11,5%	88,5%	100,0%
		einseitig	Anzahl	1	2	3
			% innerhalb von Migrationshintergrund	33,3%	66,7%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	0	5	5
			% innerhalb von Migrationshintergrund	,0%	100,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	4	30	34	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	11,8%	88,2%	100,0%	
6-12 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	40	26	66
			% innerhalb von Migrationshintergrund	60,6%	39,4%	100,0%
		einseitig	Anzahl	14	4	18
			% innerhalb von Migrationshintergrund	77,8%	22,2%	100,0%
		beidsei	Anzahl	10	3	13
			% innerhalb von Migrationshintergrund	76,9%	23,1%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	64	33	97	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	66,0%	34,0%	100,0%	
13-18 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	114	9	123
			% innerhalb von Migrationshintergrund	92,7%	7,3%	100,0%
		einseitig	Anzahl	32	1	33
			% innerhalb von Migrationshintergrund	97,0%	3,0%	100,0%
		beidsei	Anzahl	47	3	50
			% innerhalb von Migrationshintergrund	94,0%	6,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	193	13	206	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	93,7%	6,3%	100,0%	
19-21 Jahre	Migrationshinterg	ohne	Anzahl	7	0	7
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	,0%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	4	1	5
			% innerhalb von Migrationshintergrund	80,0%	20,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	11	1	12	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	91,7%	8,3%	100,0%	

Tab. 123

Entlassungsdiagnose F8-Gruppe (ICD10)- Verteilung nach Migrationshintergrund und Alter

Alter			Psychiatrische Diagnose F8		Gesamt	
			trifft nicht zu	trifft zu		
unter 6 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	3	23	26
			% innerhalb von Migrationshintergrund	11,5%	88,5%	100,0%
		einseitig	Anzahl	0	3	3
			% innerhalb von Migrationshintergrund	,0%	100,0%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	1	4	5
			% innerhalb von Migrationshintergrund	20,0%	80,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	4	30	34	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	11,8%	88,2%	100,0%	
6-12 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	26	41	67
			% innerhalb von Migrationshintergrund	38,8%	61,2%	100,0%
		einseitig	Anzahl	7	11	18
			% innerhalb von Migrationshintergrund	38,9%	61,1%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	1	12	13
			% innerhalb von Migrationshintergrund	7,7%	92,3%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	34	64	98	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	34,7%	65,3%	100,0%	
13-18 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	107	16	123
			% innerhalb von Migrationshintergrund	87,0%	13,0%	100,0%
		einseitig	Anzahl	30	3	33
			% innerhalb von Migrationshintergrund	90,9%	9,1%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	47	4	51
			% innerhalb von Migrationshintergrund	92,2%	7,8%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	184	23	207	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	88,9%	11,1%	100,0%	
19-21 Jahre	Migrationshinterg	ohne	Anzahl	6	1	7
			% innerhalb von Migrationshintergrund	85,7%	14,3%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	4	1	5
			% innerhalb von Migrationshintergrund	80,0%	20,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	10	2	12	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	83,3%	16,7%	100,0%	

Tab. 124

Entlassungsdiagnose: Entwicklungsstörungen (F8) und Entlassungsdiagnose: Verhaltensstörungen (F9)- Verteilung
nach Migrationshintergrund

Migrationshintergrund				Psychiatrische Diagnose F8		Gesamt
				trifft nicht zu	trifft zu	
ohne	Psychiatrische	trifft	Anzahl	93	17	110
			% innerhalb von Psychiatrische Diagnose F9	84,5%	15,5%	100,0%
		trifft zu	Anzahl	49	64	113
			% innerhalb von Psychiatrische Diagnose F9	43,4%	56,6%	100,0%
	Gesamt	Anzahl		142	81	223
			% innerhalb von Psychiatrische Diagnose F9	63,7%	36,3%	100,0%
einseitig	Psychiatrische	trifft	Anzahl	24	5	29
			% innerhalb von Psychiatrische Diagnose F9	82,8%	17,2%	100,0%
		trifft zu	Anzahl	13	12	25
			% innerhalb von Psychiatrische Diagnose F9	52,0%	48,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl		37	17	54
			% innerhalb von Psychiatrische Diagnose F9	68,5%	31,5%	100,0%
beidseitig	Psychiatrische	trifft	Anzahl	44	6	50
			% innerhalb von Psychiatrische Diagnose F9	88,0%	12,0%	100,0%
		trifft zu	Anzahl	9	15	24
			% innerhalb von Psychiatrische Diagnose F9	37,5%	62,5%	100,0%
	Gesamt	Anzahl		53	21	74
			% innerhalb von Psychiatrische Diagnose F9	71,6%	28,4%	100,0%

Ohne Migrationshintergrund: Signifikanz: 0,00 CV= 0,428

Einseitiger Migrationshintergrund: Signifikanz: 0,015 CV=0,330

Beidseitiger Migrationshintergrund: Signifikanz: 0,00 CV= 0,524

Tab. 125

Entlassungsdiagnose F9-Gruppe (ICD10)- Verteilung nach Alter und Geschlecht

Geschlecht			Psychiatrische Diagnose F9		Gesamt	
			trifft nicht zu	trifft zu		
männlich	Alter	unter 6	Anzahl	3	22	25
			% innerhalb von Alter	12,0%	88,0%	100,0%
	6-12	Anzahl	14	62	76	
			% innerhalb von Alter	18,4%	81,6%	100,0%
	13-18	Anzahl	74	35	109	
			% innerhalb von Alter	67,9%	32,1%	100,0%
	19-21	Anzahl	6	0	6	
			% innerhalb von Alter	100,0%	,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	97	119	216	
			% innerhalb von Alter	44,9%	55,1%	100,0%
weiblich	Alter	unter 6	Anzahl	2	7	9
			% innerhalb von Alter	22,2%	77,8%	100,0%
	6-12	Anzahl	3	21	24	
			% innerhalb von Alter	12,5%	87,5%	100,0%
	13-18	Anzahl	84	20	104	
			% innerhalb von Alter	80,8%	19,2%	100,0%
	19-21	Anzahl	6	0	6	
			% innerhalb von Alter	100,0%	,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	95	48	143	
			% innerhalb von Alter	66,4%	33,6%	100,0%

Die F9-Diagnosegruppe umfasst in dieser Untersuchung folgende nicht spezifizierte Ausprägungen:
F90 (Hyperkinetische Störung)/ F91 (Störung des Sozialverhaltens)/ F93 (emotionale Störung)

Tab. 126

Entlassungsdiagnose F9-Gruppe (ICD10)- Verteilung nach Migrationshintergrund und Geschlecht

Geschlecht				Psychiatrische Diagnose F9		Gesamt
				trifft nicht zu	trifft zu	
männlich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	54	82	136
			% innerhalb von Migrationshintergrund	39,7%	60,3%	100,0%
		einseitig	Anzahl	13	12	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	52,0%	48,0%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	28	21	49
			% innerhalb von Migrationshintergrund	57,1%	42,9%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	95	115	210	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	45,2%	54,8%	100,0%	
weiblich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	56	31	87
			% innerhalb von Migrationshintergrund	64,4%	35,6%	100,0%
		einseitig	Anzahl	16	13	29
			% innerhalb von Migrationshintergrund	55,2%	44,8%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	22	3	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	88,0%	12,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	94	47	141	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	66,7%	33,3%	100,0%	

Signifikanz: 0,029 (weiblich)

Tab. 127

Entlassungsdiagnose F9-Gruppe (ICD10)- Verteilung nach Migrationshintergrund und Alter

Alter				Psychiatrische Diagnose F9		Gesamt
				trifft nicht zu	trifft zu	
unter 6 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	2	24	26
			% innerhalb von Migrationshintergrund	7,7%	92,3%	100,0%
		einseitig	Anzahl	1	2	3
			% innerhalb von Migrationshintergrund	33,3%	66,7%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	2	3	5
			% innerhalb von Migrationshintergrund	40,0%	60,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	5	29	34	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	14,7%	85,3%	100,0%	
6-12 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	11	56	67
			% innerhalb von Migrationshintergrund	16,4%	83,6%	100,0%
		einseitig	Anzahl	4	14	18
			% innerhalb von Migrationshintergrund	22,2%	77,8%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	2	11	13
			% innerhalb von Migrationshintergrund	15,4%	84,6%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	17	81	98	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	17,3%	82,7%	100,0%	
13-18 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	90	33	123
			% innerhalb von Migrationshintergrund	73,2%	26,8%	100,0%
		einseitig	Anzahl	24	9	33
			% innerhalb von Migrationshintergrund	72,7%	27,3%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	41	10	51
			% innerhalb von Migrationshintergrund	80,4%	19,6%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	155	52	207	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	74,9%	25,1%	100,0%	
19-21 Jahre	Migrationshinterg	ohne	Anzahl	7		7
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%		100,0%
		beidseitig	Anzahl	5		5
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%		100,0%
	Gesamt	Anzahl	12		12	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%		100,0%	

Tab. 128

Einweisungssymptomatik: motorische Unruhe/ Hyperaktivität- Verteilung nach Alter und Migrationshintergrund

Alter			Symptomatik zum Zeitpunkt der Einweisung:		Gesamt	
			motorische Unruhe			
			trifft nicht zu	trifft zu		
unter 6 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	21	5	26
			% innerhalb von Migrationshintergrund	80,8%	19,2%	100,0%
		einseitig	Anzahl	1	2	3
			% innerhalb von Migrationshintergrund	33,3%	66,7%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	4	1	5
			% innerhalb von Migrationshintergrund	80,0%	20,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	26	8	34	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	76,5%	23,5%	100,0%	
6-12 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	36	30	66
			% innerhalb von Migrationshintergrund	54,5%	45,5%	100,0%
		einseitig	Anzahl	9	9	18
			% innerhalb von Migrationshintergrund	50,0%	50,0%	100,0%
		beidsei	Anzahl	9	4	13
			% innerhalb von Migrationshintergrund	69,2%	30,8%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	54	43	97	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	55,7%	44,3%	100,0%	
13-18 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	114	9	123
			% innerhalb von Migrationshintergrund	92,7%	7,3%	100,0%
		einseitig	Anzahl	31	2	33
			% innerhalb von Migrationshintergrund	93,9%	6,1%	100,0%
		beidsei	Anzahl	48	3	51
			% innerhalb von Migrationshintergrund	94,1%	5,9%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	193	14	207	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	93,2%	6,8%	100,0%	
19-21 Jahre	Migrationshinterg	ohne	Anzahl	7		7
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%		100,0%
		beidseitig	Anzahl	5		5
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%		100,0%
	Gesamt	Anzahl	12		12	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%		100,0%	

Tab. 129

Vergabe des Paragraphen 35a (von seelischer Behinderung bedroht)-Verteilung nach Migrationshintergrund und Alter

Alter				Paragraph 35a		Gesamt
				trifft nicht zu	trifft zu	
unter 6 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	25	1	26
			% innerhalb von Migrationshintergrund	96,2%	3,8%	100,0%
		einseitig	Anzahl	3	0	3
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	,0%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	4	0	4
			% innerhalb von Migrationshintergrund	100,0%	,0%	100,0%
	Gesamt		Anzahl	32	1	33
			% innerhalb von Migrationshintergrund	97,0%	3,0%	100,0%
6-12 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	51	15	66
			% innerhalb von Migrationshintergrund	77,3%	22,7%	100,0%
		einseitig	Anzahl	13	5	18
			% innerhalb von Migrationshintergrund	72,2%	27,8%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	7	6	13
			% innerhalb von Migrationshintergrund	53,8%	46,2%	100,0%
	Gesamt		Anzahl	71	26	97
			% innerhalb von Migrationshintergrund	73,2%	26,8%	100,0%
13-18 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	98	23	121
			% innerhalb von Migrationshintergrund	81,0%	19,0%	100,0%
		einseitig	Anzahl	24	9	33
			% innerhalb von Migrationshintergrund	72,7%	27,3%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	47	4	51
			% innerhalb von Migrationshintergrund	92,2%	7,8%	100,0%
	Gesamt		Anzahl	169	36	205
			% innerhalb von Migrationshintergrund	82,4%	17,6%	100,0%
19-21 Jahre	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	5	2	7
			% innerhalb von Migrationshintergrund	71,4%	28,6%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	4	1	5
			% innerhalb von Migrationshintergrund	80,0%	20,0%	100,0%
	Gesamt		Anzahl	9	3	12
			% innerhalb von Migrationshintergrund	75,0%	25,0%	100,0%

Tab. 130

Vergabe des Paragraph 35a und Entlassungsdiagnose F9- Verteilung nach Migrationshintergrund

Migrationshintergrund			Psychiatrische Diagnose F9		Gesamt
			trifft nicht zu	trifft zu	
ohne Paragraph 35a	trifft	Anzahl	87	92	179
		% innerhalb von Paragraph 35a	48,6%	51,4%	100,0%
	trifft zu	Anzahl	23	18	41
		% innerhalb von Paragraph 35a	56,1%	43,9%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	110	110	220
		% innerhalb von Paragraph 35a	50,0%	50,0%	100,0%
einseitig Paragraph 35a	trifft	Anzahl	20	20	40
		% innerhalb von Paragraph 35a	50,0%	50,0%	100,0%
	trifft zu	Anzahl	9	5	14
		% innerhalb von Paragraph 35a	64,3%	35,7%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	29	25	54
		% innerhalb von Paragraph 35a	53,7%	46,3%	100,0%
beidseitig Paragraph 35a	trifft	Anzahl	47	15	62
		% innerhalb von Paragraph 35a	75,8%	24,2%	100,0%
	trifft zu	Anzahl	3	8	11
		% innerhalb von Paragraph 35a	27,3%	72,7%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	50	23	73
		% innerhalb von Paragraph 35a	68,5%	31,5%	100,0%

Signifikanz: 0,001 CV=0,374 (beidseitiger Migrationshintergrund)

Tab. 131

Vergabe des Paragraphen 35a- Verteilung nach Migrationshintergrund und Geschlecht

Geschlecht			Paragraph 35a		Gesamt	
			trifft nicht zu	trifft zu		
männlich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	109	26	135
			% innerhalb von Migrationshintergrund	80,7%	19,3%	100,0%
		einseitig	Anzahl	20	5	25
			% innerhalb von Migrationshintergrund	80,0%	20,0%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	41	8	49
			% innerhalb von Migrationshintergrund	83,7%	16,3%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	170	39	209	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	81,3%	18,7%	100,0%	
weiblich	Migrationshintergrund	ohne	Anzahl	70	15	85
			% innerhalb von Migrationshintergrund	82,4%	17,6%	100,0%
		einseitig	Anzahl	20	9	29
			% innerhalb von Migrationshintergrund	69,0%	31,0%	100,0%
		beidseitig	Anzahl	21	3	24
			% innerhalb von Migrationshintergrund	87,5%	12,5%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	111	27	138	
		% innerhalb von Migrationshintergrund	80,4%	19,6%	100,0%	

13. Anhang: Fragebogen

Erhebungszeitraum: Aufnahmen vom 01.01.2007 bis 31.12.2007

1. Klinik:

Vivantes Reinickendorf ☐

Vivantes Hellersdorf ☐

Tagesklinik ☐

Vollstationär ☐

- offen

- geschlossen

*Erster Klinikaufenthalt*¹:

ja ☐

nein ☐

2. Soziodemographische Merkmale:

Geschlecht:

männlich ☐

weiblich ☐

*Alter:*²

☐ unter 6 Jahre

☐ 6-12 Jahre

☐ 13-18 Jahre

☐ 19-21 Jahre

*Aktuelle Tagesstruktur:*³

☐ Kita/ Tagesmutter

☐ Schüler

☐ Student/ in Ausbildung

☐ Berufstätig

☐ Betreuung durch Familienmitglieder

☐ schulabstinent

☐ ausbildungsabstinent

☐ arbeitslos

*Schulbildung/ Schulabschluss/
Ausbildung:*⁴ _____

*Besonderheiten in der Familiensituation:*⁵

ja ☐

nein ☐

keine Angaben ☐

Wenn ja, welcher

Art: _____

*Erkrankungen in der Familie:*⁶

☐ keine Angaben

☐ keine

☐ Psychische Erkrankungen

☐ Körperliche Erkrankungen

Wenn ja, welcher Art:

bei:

☐ Eltern

☐ Geschwister

☐ sonstige

Nationalität:⁷

Kind: _____

Mutter: _____

Vater: _____

Migrationshintergrund:⁸

kein Elternteil ☐

beide Elternteile ☐

ein Elternteil ☐

unterschiedliche Nationalitäten der Eltern (davon keine deutsch) ☐

Migrationsstatus des Patienten:⁹

☐ keinen

☐ in Deutschland geboren

☐ nach Deutschland migriert

☐ Flüchtlinge/ Asylbewerber

in welchem Alter: _____

3. Klinikaufenthalt¹⁰

Einweisungsmodus¹¹:

☐ durch Eltern

☐ durch Schule/ Kita

☐ durch Kinderheim/ Wohngruppe, etc.

☐ durch Beratungsstellen

☐ durch Arzt/ Psychotherapeut

☐ klinikinterne Ambulanz

☐ Verlegung aus anderer Klinik

☐ Einweisung durch Notaufnahme einer anderen Klinik

☐ Eigeninitiative

☐ Sonstige

welche _____

Klinikaufenthalt:

Unterbringung nach BGB¹²:

☐ ja

☐ nein

Per Unabweisbarkeitsmodus:

☐ ja

☐ nein

Dauer des Klinikaufenthaltes:

Krisenintervention

☐

unter 1 Monat

☐

1-3 Monate

☐

3-6 Monate

☐

über 6 Monate

☐

Abbruch der Behandlung¹³

☐

warum: _____

Psychiatrische Diagnose:¹⁴

F0 ☐	F1 ☐	F2 ☐	F3 ☐	F4 ☐	F5 ☐
F6 ☐	F7 ☐	F8 ☐	F9 ☐		

4. Vorgeschichte

Wann traten in der Entwicklungsgeschichte erste Auffälligkeiten auf:¹⁵

- ☐ 0-1 Jahre
- ☐ 2- 3 Jahre
- ☐ 4- 5 Jahre
- ☐ 6-11 Jahre
- ☐ 12-16 Jahre
- ☐ über 16 Jahre

**Welcher Art waren die Verhaltensauffälligkeiten/
Welche Vorerkrankungen (körperlich) gibt es:¹⁶**

Welche Maßnahmen wurden eingeleitet:

medizinisch	☐
psychotherapeutisch	☐
funktionstherapeutisch	☐
sozial	☐
keine	☐

Welche Behandlungen konkret:¹⁷

Welcher Art waren die Auffälligkeiten zum Zeitpunkt der Klinikeinweisung:

Empfehlungen/ weiterführende Maßnahmen nach Entlassung:¹⁸

Paragraph 35a¹⁹

☐

Ätiologische Vermutung:²⁰

Erläuterungen zum Fragebogen

¹ Aufenthalt in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie

² Kategorisierung der Altersstufen orientiert sich an gängigen Entwicklungsmodellen, z. B. Erikson, Havighurst, etc. und ist angepasst an die stationäre Alterseinteilung in den untersuchten Kliniken.

³ Hier soll erfasst werden, wie die aktuelle Tagesstruktur eines Patienten aussieht, ob er sich die meiste Zeit des Tages in einer sozialen Gruppe aufhält, oder eher isoliert zu Hause verbringt.

⁴ An dieser Stelle sollen auch Schulabbrüche oder ggf. Hochschulabschluss, bzw. Beruf vermerkt werden.

⁵ Hier soll alles vermerkt werden, was dem Untersucher als relevant erscheint, die Familiensituation unter besonderen Belastungsfaktoren für den Patienten zu beschreiben, z.B. Trennungsfamilien, kinderreiche Familien, schwere Erkrankungen in der Familie, Fremdunterbringung des Patienten, etc.

⁶ Dahinter steht die Annahme, dass Kinder psychisch kranker Eltern ein erhöhtes Risiko haben, selbst psychisch zu erkranken, bzw. dass körperliche oder psychische Erkrankungen von Familienmitgliedern eine enorme Belastung für das Familiensystem und damit für die kindliche Entwicklung darstellen. Die Kategorie „keine Angaben“ wurde eingefügt, um nicht automatisch davon auszugehen, dass alle Familienmitglieder gesund sind, wenn keine Angaben vorhanden sind, sondern vielmehr daran zu denken, dass solche Angaben möglicherweise verschwiegen werden.

⁷ Die Vergleichsgruppe der deutschen Patienten soll hinzugenommen werden, um Rückschlüsse zu ziehen, welche pathogenetischen oder ätiologischen Faktoren tatsächlich als migrationsspezifisch angesehen werden können und welche eher krankheitsspezifischer Natur sind.

⁸ Hier soll erfasst werden, ob Migrationshintergrund in der Familie vorliegt und wenn ja, ob es sich um bikulturelle oder monokulturelle Elternkonstellationen handelt.

⁹ Hier geht es um die Erfassung möglicher Belastungsfaktoren (Flucht/Migration), die in der Lebensgeschichte des Patienten eine Rolle spielten.

¹⁰ In diesem Erhebungsteil soll der Frage nachgegangen werden, über welche Wege ein Klinikaufenthalt eingeleitet wird, um letztlich zu beurteilen, welche Erkennungsprobleme bzw. Behandlungsprobleme bei unterschiedlichen Krankheitsverläufen denkbar sind.

¹¹ Mehrfachnennungen möglich

¹² Hier soll erfragt werden, ob die Unterbringung freiwillig erfolgte, oder nicht.

¹³ Diese Kategorie soll Auskunft über die Mitwirkungsbereitschaft des Patienten bzw. des familiären Umfeldes geben.

¹⁴ Neben der genauen psychiatrischen Diagnose soll auch gleichzeitig die Zuordnung zu einem klinisch-psychiatrischen Syndrom nach dem MAS (ICD 10) erfolgen, um ggf. Häufungen in bestimmten Diagnose- Obergruppen bestimmen zu können.

¹⁵ Alterskategorisierung orientiert sich an entwicklungspsychologischen Modellen und versucht damit zu erfassen, welche Entwicklungsaufgaben möglicherweise pathologisch verarbeitet wurden (z.B. Boessmann).

¹⁶ Hier soll erfasst werden, ob es möglicherweise körperliche Erkrankungen gibt, durch die die Patienten bereits in medizinischer Behandlung sind und dadurch bereits Anbindung an Ärzte oder sonstige Beratungsstellen haben, wodurch Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem erleichtert wären.

¹⁷ Hier soll die grobe Kategorisierung der vorigen Frage konkretisiert werden.

¹⁸ Hier soll erfasst werden, ob es bei gleichen Störungsbildern unterschiedliche weiterführende Empfehlungen zwischen Patienten mit Migrationshintergrund und deutschen Patienten gibt, um ggf. im zweiten Teil der Arbeit nach Ursachen dafür zu forschen.

¹⁹ Hier soll erfasst werden, ob die Patienten dem Personenkreis der von seelischer Behinderung bedrohten Kinder und Jugendlichen zugeordnet werden. Das würde eine Erweiterung des Hilfeangebotes nach dem Jugendhilfegesetz vorsehen.

²⁰ Hier soll eine Grobeinschätzung des Untersuchers notiert werden, was seiner Meinung nach zur Ausprägung der psychischen Auffälligkeit führte, z. B.: kulturelle Konflikte, familiäre Belastungssituationen in Folge von Krankheit, familiäre Disposition, Traumatisierung etc. (Die Notizen dienen lediglich einer möglichen Systematisierung der Krankheitsverläufe im Nachhinein, sollen aber als Einschätzung bereits bei Aktendurchsicht notiert werden, da sich dabei Ideen einer Ätiologie am ehesten ergeben.)