

**Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin**

Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. Harald Gündel

---

**Symptomatik, Krankheitsmodelle und Behandlungserleben bei Patienten mit  
und ohne Migration in der Psychosomatischen Rehabilitation**

**Dissertation zur Erlangung  
des Doktorgrades der Humanbiologie der  
Medizinischen Fakultät der  
Universität Ulm**

**Andrea Alexandra Gruner  
Lübeck  
2012**

---

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Thomas Wirth

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Jörn von Wietersheim

2. Berichterstatter: PD Dr. Ulrike Schulze

Tag der Promotion: 25.05.2012

# Inhaltsverzeichnis

<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>III</b>
<b>1 Einleitung.....</b>	<b>1</b>
1.1 Rehabilitation in Deutschland .....	1
1.2 Psychosomatische Rehabilitation .....	2
1.3 Forschungsüberblick zu Effekten der psychosomatischen Rehabilitation .....	3
1.4 Migration .....	4
1.5 Migration und psychische Erkrankungen .....	5
1.6 Datenlage zur psychosomatischen Rehabilitation bei Patienten mit Migrationshintergrund .....	8
1.7 Ziel der Studie.....	11
1.8 Fragestellungen und Hypothesen .....	12
<b>2 Material und Methodik.....</b>	<b>13</b>
2.1 Kurzbeschreibung des therapeutischen Settings der Rehabilitationsklinik Schloss Bad Buchau .....	13
2.2 Studiendesign .....	14
2.3 Untersuchungsstichprobe .....	14
2.4 Ethik.....	15
2.5 Messinstrumente.....	15
2.6 Projektverlauf und Stichprobendarstellung .....	22
2.7 Statistische Analysen.....	25
<b>3 Ergebnisse.....</b>	<b>26</b>
3.1 Unterschiede in den soziodemographischen Daten bei Aufnahme .....	26
3.2 Spezielle soziodemographische Daten der Patienten mit Migrationshintergrund .....	28
3.3 Unterschiede in der Symptomatik und Funktionsbeeinträchtigung.....	32
3.4 Unterschiede des Rehabilitationsergebnisses .....	61
3.5 Unterschiede in den Krankheitsmodellen .....	72
3.6 Behandlungserwartungen der Patienten .....	81
3.7 Unterschiede in den Veränderungsressourcen .....	86
3.8 Unterschiede hinsichtlich der Erwartungen zur sozialmedizinischen Begutachtung in der Rehabilitation .....	87

3.9 Welche Rolle spielen Deutschkenntnisse für das Rehabilitationsergebnis? .....	93
3.10 Subgruppen der Patienten mit Migrationshintergrund .....	95
<b>4 Diskussion.....</b>	<b>96</b>
4.1 Diskussion von Design und Methode Halbstrukturierte Interviews .....	96
4.2 Diskussion der Fragestellungen und Hypothesen .....	98
4.3 Folgerungen für die gegenwärtige rehabilitative Praxis und die Verbesserung der Versorgungsstruktur .....	111
4.4 Ausblick für weitere Forschungen.....	115
<b>5 Zusammenfassung .....</b>	<b>117</b>
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>120</b>
<b>Anhang .....</b>	<b>127</b>

## Abkürzungsverzeichnis

GdB	Grad der Behinderung
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10
Mh.	Migrationshintergrund
OPD	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik
Pat.	Patient(en)
Reha.	Rehabilitation
SCL-90-R	Symptom-Checkliste
t1	Erster Messzeitpunkt bei Aufnahme
t2	Zweiter Messzeitpunkt bei Entlassung
t3	Dritter Messzeitpunkt bei 3-Monats-Katamnese

# 1 Einleitung

„Migration ist nicht nur ein Wechsel von einem Ort zum anderen, sondern gerade auch Wechsel zwischen Kulturen, von einer Gesellschaft zur anderen und von einem Gesundheitssystem in ein anderes“ (Salman 1998).

## 1.1 Rehabilitation in Deutschland

Reha. lässt sich nach Haupt und Delbrück (1998) wie folgt definieren:

„Reha. umfasst die Gesamtheit aller Maßnahmen medizinischer, schulisch-pädagogischer, beruflicher und sozialer Art, die erforderlich sind, um für den Behinderten die bestmöglichen körperlichen, seelischen und sozialen Bedingungen zu schaffen. Diese sollen ihn befähigen, aus eigener Kraft einen möglichst normalen Platz in der Gesellschaft zu behalten und wiederzuerlangen.“

Die Definition verdeutlicht, dass bei der Reha. versucht wird, die Gesamtheit des Menschen und seiner Lebensumwelt angemessen zu berücksichtigen, indem ein bio- psychosoziales Modell als Grundlage von Therapie und Forschung verwendet wird (Löschmann et al. 2005). Bengel und Koch (2000) definieren das Ziel der Reha. wie folgt: „Das allgemeine Ziel der Reha. besteht darin, dass die Betroffenen trotz der bleibenden Gesundheitsschäden und ihrer Folgen möglichst gut mit den Anforderungen des alltäglichen Lebens zurechtkommen und ihre Rollenverpflichtungen in Familie, Beruf und Gesellschaft möglichst weitgehend selbständig erfüllen können“.

Der Anspruch auf medizinische Reha. ist im Sozialgesetzbuch (Bundesregierung 2001) verbindlich festgeschrieben, als Leistungsträger sind vor allem die gesetzlichen Renten- und Krankenversicherungen zu nennen. „Reha. vor Rente“ ist ein wichtiges Prinzip der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherungen und bedeutet, dass rehabilitative Leistungen bei einer drohenden oder bereits eingetretenen Minderung der Erwerbsfähigkeit zu bewilligen sind, erst bei Erfolglosigkeit ist eine vorzeitige Berentung wegen Erwerbsunfähigkeit in Betracht zu ziehen. Der durch die vorzeitige Berentung bedingte Verlust an Erwerbsjahren führt zu einem volkswirtschaftlichen Produktionsverlust, Mindereinnahmen sowie Mehrausgaben in Form von Rentenzahlungen. Darüber hinaus bedeutet eine Dauerrente bei voller Erwerbsminderung meist das Ende der beruflichen Laufbahn und das Ende der finanziellen Eigenständigkeit. (Pfeiffer 2010b). Der Erhalt und

Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit ist somit ein wesentliches Hauptziel der Reha. durch die gesetzlichen Renten- und Krankenversicherungen (Löschmann et al. 2005).

## **1.2 Psychosomatische Rehabilitation**

Die stationäre psychosomatische Reha. hat in Deutschland einen hohen Stellenwert. Nach der Psychiatrie handelt es sich um den zweitwichtigsten stationären Versorgungssektor für psychische Erkrankungen. So wurden im Jahr 2000 in 171 psychosomatischen Rehaeinrichtungen insgesamt 116.664 Pat. mit psychischen Störungen behandelt (Barghaan et al. 2005).

Medizinische Reha. findet bislang fast ausschließlich im stationären Setting statt, d.h. die Pat. übernachten in der Einrichtung und nehmen dort auch ihre Mahlzeiten ein. Erst seit wenigen Jahren richtet sich angesichts der aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklung das Augenmerk verstärkt auf teilstationäre und ambulante Angebotsformen (Grigoleit 1998).

In der psychosomatischen Reha. kommt es zur Berücksichtigung von körperlichen, psychischen und sozialen Aspekten im Klinikkonzept, psychotherapeutische Verfahren bilden hierbei einen wichtigen Behandlungsschwerpunkt. Typische Indikationsbereiche der stationären psychosomatischen Reha. sind Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen, Anpassungsstörungen, dissoziative und posttraumatische Störungen, Erschöpfungssyndrome, leichtere psychotische Residualzustände, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen, begleitende Abhängigkeitserkrankungen, vegetative und neurotische Störungen, somatoforme bzw. funktionelle Störungen wie Spannungskopfschmerz, Migräne, Schlafstörungen, Herz- Kreislauf-Störungen, Atemstörungen, Magen-Darm-Beschwerden sowie urogenitale bzw. sexuelle Beschwerden. Typischerweise nicht aufgenommen werden bettlägerige, sozial desintegrierte sowie manifest suizidale, psychotische oder drogenabhängige Pat. (Löschmann et al. 2005). Je nach Klinikschwerpunkt umfasst das Behandlungsangebot neben allgemeinmedizinischer und pflegerischer Betreuung ein breites Spektrum an verbalen und nonverbalen psychotherapeutischen Methoden unterschiedlicher Schulen. Hilpert (1979) betont in diesem Zusammenhang auch das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft als einen Wirkfaktor, da ein sozialer Raum mit eigenen Regeln entsteht, in dem neue Einsichten und korrigierende Lernerfahrungen möglich sind sowie neue Verhaltensweisen in einem geschützten Rahmen eingeübt werden

können. Die Pat., die eine psychosomatische Reha. absolvieren unterliegen einer direkten Mitwirkungspflicht, d.h. sie riskieren Ansprüche auf Rente oder Krankengeld, wenn sie einer Zuweisung in eine psychosomatische Klinik durch die Rentenversicherer nicht Folge leisten. Daraus resultiert eine sehr spezielle Psychotherapeut-Pat.-Beziehung. Der Psychotherapeut unterliegt einer Doppelrolle als Psychotherapeut und gleichzeitig Gutachter, der zur Leistungsfähigkeit des Pat. Stellung nimmt (Schmeling- Kludas 2005).

### **1.3 Forschungsüberblick zu Effekten der psychosomatischen Rehabilitation**

Die rehabilitationswissenschaftliche Forschung in Deutschland ist noch eine vergleichsweise junge Disziplin. Anfang der 90er Jahre wurde damit begonnen, das wissenschaftliche Niveau der Rehabilitationsmedizin systematisch zu verbessern (Löschmann et al. 2005). Es entstanden erste Programmevaluationsstudien, in denen die Ergebnisqualität der stationären psychosomatischen Reha. untersucht wurde (Nübling et al. 1994). Insgesamt zeichnet sich dabei ein sehr positiver Trend ab. Zielke (1993) gelangte zu einer Kosten-Nutzen-Relation von 1:3, das heißt jeder in die psychosomatische Reha. investierte Euro zahlt sich z.B. durch Verringerung von Krankschreibungszeiten volkswirtschaftlich gesehen nach der Behandlung dreifach aus. Eine Integration der mittlerweile in größerer Zahl vorliegenden empirischen Studien zu den Ergebnissen stationärer psychosomatischer Reha. wurde in der MESTA-Studie (Löschmann et al. 2005) verwirklicht. In die Meta-Analyse gingen insgesamt 65 Studien mit über 25.000 Pat. ein, und die Ergebnisse zeigen, dass die Reha. psychischer und psychosomatischer Erkrankungen ein hohes Maß an Effektivität und auch Effizienz aufweist. Dies hebt bei den hohen Chronifizierungsraten und der Zunahme psychischer Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung die aktuelle und v.a. auch die künftige Bedeutung dieses wichtigen Versorgungszweigs hervor. Der stationären Behandlungsdauer kommt als Prädiktor für das Behandlungsergebnis eine große Bedeutung zu: Längere Behandlungen führen zu besseren Ergebnissen. Haaf (2005) gibt einen Überblick über die Ergebnisse zur Wirksamkeit der medizinischen Reha. aus 38 vorliegenden Projekten des gemeinsamen Förderschwerpunkts "Rehabilitationswissenschaften" des Bundesforschungsministeriums und der Deutschen Rentenversicherung. Die Evaluationsstudien befassen sich mit verschiedenen Indikationen. Die

psychosomatische Reha. wurde in neun Studien thematisiert, und die Ergebnisse zeigen, dass sich der Gesundheitszustand der Pat. unmittelbar nach der Maßnahme klinisch signifikant verbessert. Die Wirksamkeit bleibt für viele Rehabilitanden auch mittelfristig bzw. längerfristig erhalten, die Reha. schafft damit häufig die Voraussetzungen für eine weitere Erwerbstätigkeit. Als konkrete Perspektiven nicht nur für die psychosomatische sondern medizinische Reha. werden positive Erfahrungen mit berufsbezogenen Behandlungsmodulen und mit der Patientenschulung genannt.

Konnte die Wirksamkeit der psychosomatischen Reha., wie oben beschrieben in vielen Studien nachgewiesen werden, zeigen diese Studien jedoch auch deutlich, dass nicht alle Patientengruppen befriedigend von der Reha. profitieren (Löschmann et al. 2005). Studien mit einem hohen Anteil an weiblichen und höher gebildeten Rehabilitanden berichten ausgeprägtere Effekte zum Entlasszeitpunkt. Offensichtlich werden Pat. mit höheren Schulabschlüssen durch die Therapiekonzepte der psychosomatischen Kliniken besser erreicht oder aber die Therapiemotivation ist größer. Studien mit einem hohen Anteil an Pat. mit somatoformen Störungen berichten durchschnittlich geringere Effekte. Eine hohe Chronifizierungsdauer ist darüber hinaus ein negativer Prädiktor für die katamnestischen Ergebnisse. Die Erfolgsaussichten der Reha. sind somit größer, wenn diese bei gegebener Indikation möglichst rasch eingeleitet wird (Zielke 2004). Darüber hinaus gehören Hartz IV-Empfänger, Arbeitslose, Erwerbsgeminderte, Rentenantragsteller zu den „schwierigen“ Pat. in der psychosomatischen Reha. (Möske et al. 2008). Eine weitere Gruppe, die ebenfalls häufig nur unzureichend von der psychosomatischen Reha. profitiert, sind Pat. mit Mh. (Schmeling-Kludas et al. 2003).

#### **1.4 Migration**

„Das Phänomen der Migration (migratio: Wanderung) ist so alt wie die Menschheit selbst. Die Welt in der wir leben, war schon immer eine Welt der Verschmelzung. Schon sehr früh haben die Menschen angefangen, ihr Zuhause für bessere Bedingungen und Sicherheit zu verlassen. Seit Beginn des 19. Jahrhunderts hat diese Wanderung eine neue Mobilität erfahren. Der politische, technische und vor allem mediale Umbruch hat uns Menschen einander näher gebracht und gleichzeitig vor Augen geführt, wie weit wir voneinander entfernt sind“ (Golsabahi und van Keuk 2008). Deutschland hat sich erst in den letzten Jahren auf

politischer Ebene dazu bekannt ein Zuwanderungsland zu sein, dies geschah spätestens im Rahmen des Zuwanderungsgesetzes, das im Jahre 2005 in Kraft trat. Bis in die 90er Jahre implizierte der Begriff „Gastarbeiter“ einen vorübergehenden Aufenthalt, während aktuell die Bezeichnung von „MigrantInnen“ bis hin zu „zugereisten Mitbürgern“ reicht (Golsabahi und van Keuk 2008). Migration wird von Haasen (2000) definiert als „transkulturelle Wanderung eines Individuums von einem kulturellen Großraum in einen anderen“. Diese Definition impliziert, dass Migration z.B. nicht eine Wanderung vom Norden in den Süden eines gleichen Landes bedeutet.

In der Bundesrepublik Deutschland lebten 2005 7,29 Millionen Ausländer (8,8 % der Gesamtbevölkerung; Angabe nach Statistischem Bundesamt 2007). Neueste Zahlen des Berliner Institutes für Bevölkerung und Entwicklung (2009) geben an, dass in Deutschland inzwischen rund 15 Millionen Menschen mit Mh. leben, das entspricht einem Anteil von fast 20% der Bevölkerung. In manchen deutschen Großstädten wie München oder Stuttgart überschreitet der Anteil an Menschen mit Mh. sogar die 30% (Statistisches Amt der Landeshauptstadt München 2008). Der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Mh. ist in einigen Großstädten wesentlich höher. Neuere Prognosen gehen zudem davon aus, dass in den nächsten Jahren der Migrantenteil unter der deutschen Bevölkerung stetig wachsen wird (Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2009). In Folge der demografischen Veränderungen wächst dieser ebenso wie der Anteil der Migranten an der Erwerbsbevölkerung. Zu den wichtigsten Herkunftsländern zählen in Deutschland die Türkei, Polen, die Russische Föderation und die Mittelmeerstaaten (Statistisches Bundesamt 2007). Neben der freiwilligen Migration, die aufgrund von Globalisierung oder Internationalisierung erfolgt gilt es die unfreiwillige Migration davon abzugrenzen, die aufgrund von Kriegen und Verfolgung erfolgt. Diese Flüchtlinge treffen in ihren Gastländern allzu häufig auf Abwehr, strukturelle Benachteiligung und Ausgrenzung.

### **1.5 Migration und psychische Erkrankungen**

Die Migranten in Deutschland kommen aus unterschiedlichen Kontinenten und haben zum Teil sehr verschiedene soziale und kulturelle Hintergründe. Aufgrund der diversen heterogenen Lebensgeschichten und Hintergründe und die damit verbundenen unterschiedlichen – möglicherweise belastenden- Prozesse bei dem Wechsel in ein neues kulturelles Umfeld sind keine spezifischen Prägnanztypen

psychischer Reaktionen und Störungen auf das Migrationsgeschehen zu erwarten. Psychische Reaktionen und Störungen, die im Zusammenhang mit dem Migrationsprozess auftreten, lassen sich entsprechend nicht nach migrationsspezifischen Auslösern und Faktoren kategorisieren. Bei Migranten kann man im wesentlichen die gesamte Bandbreite der klassifizierten psychischen Störungen erwarten (Assion 2005). Assion (2005) unterteilt psychische Reaktionen in kulturabhängige Besonderheiten, mit dem Migrationsprozess assoziierte psychische Störungen (migrationstypische Störungen) und vom Migrationsprozess primär unabhängige psychische Störungen. Im Zusammenhang mit kulturabhängigen psychischen Besonderheiten unterscheidet Sluzki (2001) modellhaft in Anlehnung an die Konzepte der Stressbewältigung und der Copingmechanismen fünf Phasen der Auseinandersetzung mit dem Migrationsgeschehen: die Vorbereitungsphase, der Migrationsakt, die Phase der Über- und Dekompensation sowie die Phase der Anpassung. Assion (2003) merkt in diesem Zusammenhang an, dass sich bei der Interpretation von Äußerungen und Verhaltensweisen von Menschen mit anderem kulturellen Hintergrund durch die Sprache, den religiösen Glauben, ein differentes Rollenverständnis, ein anderes Körper- und Krankheitsverständnis oder durch traditionelle Heilvorstellungen unterschiedliche Sichtweisen ergeben können. Depression wird häufig als migrationstypische psychische Erkrankung diskutiert. Nach Brown (1997) sind neben den biologischen Faktoren bei der Entstehung dieser Erkrankung die psychischen Faktoren, vor allem kritische Lebensereignisse, als Auslöser von hoher Relevanz. Es ist nachvollziehbar, dass Depressionen besonders häufig bei Migranten auftreten könnten. Sluzki (2001) weist darauf hin, dass im Prozess der Akkulturation Themen wie Schuld, Trauer und Angst eine große Rolle spielen, soziale Benachteiligungen und Außenseitertum verstärken zudem dysfunktionale Denkmuster und negative Kognitionen. Somatisierung und psychosomatische Beschwerden sind eine häufig bei Migranten anzutreffende Symptomatik. Die Studienlage vermittelt jedoch kein einheitliches Bild. Neben der Herkunft sind bei der Ausprägung somatisierter Beschwerden auch Faktoren wie Geschlecht, Aufenthaltsdauer, sozioökonomischer Hintergrund, Bildungsstand und Krankheitskonzept zu berücksichtigen (Assion 2005). Die posttraumatische Belastungsstörung steht ebenfalls in engem Zusammenhang mit den Folgen von Migration. Insbesondere sind hier traumatische Erlebnisse, soziale Belastungen,

Identitätskonflikte zu nennen, die ein Auslöser für eine Belastungsreaktion oder Posttraumatische Belastungsstörung sein können. In den letzten Jahren besteht eine uneinheitliche Auffassung über die Prävalenz psychischer Störungen bei Migranten. Es bleibt festzuhalten, dass die Studienlage in diesem Bereich nicht befriedigend ist (Pfeiffer 2010b). Eine neuere Studie an einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung zeigt keinen signifikanten Unterschied in den Prävalenzen psychischer Störungen bei Personen mit Mh. (Glaesmer et al. 2009). Als psychische Störungen, bei denen Migrationsfaktoren Ausprägung, Verlauf oder Therapieoptionen beeinflussen, werden bei Assion (2005) Schizophrenie und Intelligenzminderung genannt. Der Mh. hat bei diesen Erkrankungen keine primäre Bedeutung, bleibt aber nicht ohne Bedeutung bei der Manifestation, dem Verlauf oder der Versorgungssituation der Erkrankung. Eine Reihe von Untersuchungen weisen auf eine erhöhte Rate psychotischer und schizophrener Störungen bei Migranten und ethnischen Minderheiten hin (Ebata 2002). Die Studienergebnisse liefern bisher keine einheitliche Erklärung für dieses Phänomen, es werden verschiedene Hypothesen diskutiert, die weiter untersucht werden müssen: z.B. methodologische Gründe oder Migrationsstress als Auslöser. Migranten mit einer Intelligenzminderung haben aufgrund ihrer begrenzten Aufmerksamkeit und Auffassungsgabe große Schwierigkeiten eine Fremdsprache zu erlernen, was wiederum die Integrationsprobleme verstärkt und die Aufnahme in eine Fördereinrichtung erschwert (Assion 2005). Höhne und Schubert (2007) resümieren in ihrer Studie zum Bezug der Erwerbsunfähigkeitsrente, dass Pat. mit nicht- deutscher Staatsangehörigkeit eine höhere Erwerbsminderungsquote aufweisen als deutsche Pat. Türkische Pat. weisen dabei den größten Erwerbsminderungsanteil auf. Als Erklärung für dieses Phänomen bleibt zu klären, ob die Versicherten mit Mh. unter einer schwereren Symptombelastung leiden oder ein ausgeprägter Rentenwunsch besteht. Psychische Störungen bildeten 2003 sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen die Hauptdiagnosegruppe bei den Rentenzugängen in der Gesamtpopulation. Obwohl in der Studie von Glaesmer et al. (2009) keine signifikanten Unterschiede in den Prävalenzen von psychischen Erkrankungen besteht, unterscheiden sich Nichtmigranten und Migranten signifikant, was die Bedeutsamkeit von psychischen Störungen betrifft. Bei Migranten sind in 33,9% psychische Störungen Grund für eine Frühberentung, bei den Versicherten ohne

Mh. ist dies bei 28,7% der Fall. Dieses Ergebnis unterstreicht die Notwendigkeit, die Betreuung von Versicherten mit Mh. zu verbessern (Pfeiffer 2010b).

## **1.6 Datenlage zur psychosomatischen Rehabilitation bei Patienten mit Migrationshintergrund**

Der Prozentsatz der Ausländer, die 2005 an einer stationären Medizinischen Reha. teilnahmen, lag bei der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg bei über 21 % (Werte errechnet aus Statistik der Deutschen Rentenversicherung 2007).

In einer Analyse zur rehabilitativen Versorgung von Migranten in Deutschland von Maier (2008) wird von einer steigenden Zahl von Rehabilitanden mit Mh. berichtet. Gleichzeitig zeigt diese Patientengruppe einen geringeren Behandlungserfolg als Pat. ohne Mh. Nach Schmeling-Kludas et al. (2003) profitieren Pat. mit Mh. nicht in dem gleichen Maße vom Rehaaufenthalt wie Pat. ohne Mh. Als ein Grund des schlechteren Behandlungsergebnisses dieser Pat. wird der Mangel an Behandlungsplätzen mit sprach- und kulturspezifischen Behandlungskompetenzen diskutiert (Rodewig 2002). Neben der Belastung der Migrationserfahrung selbst (Bhugra 2004) werden Verständigungsschwierigkeiten und vor allem Kulturspezifika, die z.B. Vorstellungen von Gesundheit/Krankheit, Behandlung und Versorgungssystem (Assion et al. 1999; Hartkamp 2004; Vogelgesang 2011) betreffen, diskutiert. Unabhängig von den Ergebnissen der Rehabilitationsforschung existieren zahlreiche Arbeiten, die kulturspezifische Unterschiede in sozialen Bindungen, Selbstbild, Krankheitstheorien und Behandlungserwartungen unterstreichen (z.B. Rodewig 2000, Machleidt 2002). Nach Faltermaier (2001) betonen Pat. mit Mh. eher körperliche Symptome, weil der Körper stärker unter funktionalen Gesichtspunkten betrachtet wird, da er dem Lebensunterhalt dient. Rommel (2005) begründet die Somatisierung und häufig körperliche Repräsentation psychosozialer Belastungen mit einem ganzheitlichen und körperbezogenen Krankheitsempfinden. In einer Studie von Koch (1995) streben Pat. mit Mh. eher Veränderung „außen“ als „innen“ an, und sind in ihrer Erwartung an die Behandlung eher „passiv“ als „aktiv“.

In zahlreichen Publikationen wird der negative Einfluss mangelnder Deutschkenntnisse auf das Behandlungsergebnis betont (Geiger und Razum 2006). Geringe Deutschkenntnisse und ein unzureichender Wortschatz zur Beschreibung der komplexen Bereiche Körper, Gesundheit, Befinden und

Symptomwahrnehmung erschweren die Verständigung von Gesundheitsleistern und Migranten und könnten zu gesundheitlicher Chancenungleichheit führen.

Koch (2005) weist darauf hin, dass psychotherapeutische Versorgung oft zu spät bei bereits bestehender Chronifizierung erfolgen. Auch in der Studie von Pfeiffer et al. (2010b) zeigt sich eine stärkere Ausgangsbelastung der Pat. mit Mh. zu Rehabeginn.

Gerade vor dem Hintergrund der Zielsetzung der Reha. spielt die Motivation zur Rückkehr ins Erwerbsleben eine wichtige Rolle. In der Studie von Pfeiffer et al. (2010b) wird bei Pat. mit Mh. signifikant häufiger ein Rentenbezug, Rentenantrag und Rentenwunsch festgestellt als bei Pat. ohne Mh. Auch Schmeling-Kludas (2005) berichten über eine frühere Rentenerwartung bei türkischen Migranten, da diese in ihrem Herkunftsland bereits zu einem früheren Zeitpunkt Anspruch auf eine Rente hätten. Schmeling-Kludas et al. (2003) geben einen Überblick über inhaltliche Aspekte, die bei der psychotherapeutischen Arbeit mit Migranten zu berücksichtigen seien: über die Sprachkompetenzen hinaus seien Kenntnisse des Therapeuten bzw. eines Dolmetschers über den kulturellen Hintergrund der Migranten wichtig, da nur so die intrapsychische Situation eines Pat. mit Migrationshintergrund zu verstehen sei. Sowohl Schmeling-Kludas et al. (2002) als auch Rommel (2005) zeigen durch retrospektive Analysen von Routinedaten Unterschiede in Inanspruchnahme, Symptomatik, Alter und Geschlechtsverteilung von Pat. mit und ohne Mh. in der Psychosomatischen Reha. Gleichfalls weisen sie auf die methodischen Begrenzungen des Vorgehens hin. Wie diese Erkenntnisse in der rehabilitativen Praxis, verbunden mit der häufig konflikthaften sozialmedizinischen Begutachtungssituation umzusetzen sind, ist noch unklar. Für einzelne Ethnien gibt es spezifische Angebote (Rodewig 2000, Hackhausen 2002, Schmeling-Kludas 2003). Hierbei wird z.B. für türkische Pat. eine muttersprachliche Einzelpsychotherapie angeboten oder spezielle migrationsspezifische Gruppenangebote. Sleptsova und Wössmer (2006) berichten auf der Grundlage eigener Erfahrungen über Besonderheiten erfolgreicher kognitiv-verhaltenstherapeutischer Behandlung türkischsprachiger Migranten mit chronischen Schmerzen in der Schweiz. Es wird die Notwendigkeit einer kultursensitiven Schmerzbehandlung betont. Für die eigene Arbeit mit türkischen Migranten wurde Baslers (2001) kognitiv-verhaltenstherapeutisches Konzept bei Kopf- und Rückenschmerzen didaktisch und thematisch modifiziert.

Neben kognitiver Umstrukturierung stehen in ihrer Behandlung Verhaltensexperimente und Rollenspiele im Mittelpunkt. Weitere charakteristische Merkmale der Behandlung sind die Anpassung der Psychoedukation, die Förderung des Integrationswillens und die Physiotherapie. Als weitere Bedingungen für eine erfolgreiche Therapie nennen die Autoren die Verlängerung der Interventionsphase, die Zusammenarbeit mit Übersetzern und türkischsprachiger Kursunterlagen.

In der Fachklinik Hochsauerland wurde bereits im März 1996 ein psychosomatisches Rehakonzept für türkische Migranten implementiert. Das Behandlungsteam besteht aus zwei türkischen Ärzten, einer fließend türkisch sprechenden Psychologin sowie einer türkischen Krankenschwester. Die medikamentöse Behandlung wird auf das Notwendigste beschränkt um Übermedikalisierung entgegenzuwirken, Psychotherapie erfolgt in Einzel- und Gruppentherapie. Die Physiotherapie-Maßnahme hat nach Aussagen von Glier et al. (1998) eine besondere Bedeutung, da sie „am Anfang der Therapie den regressiven Bedürfnissen der Pat. entgegenkommen und sie sich auf der Ebene der Körpertherapie ernstgenommen fühlen“. Neben der Sport-Bewegungs- und Körpertherapie gibt es Ergotherapie und als Besonderheit die Soziotherapie, die den Pat. helfen soll, berufliche, rechtliche und finanzielle Schwierigkeiten zu klären. In diesem Rahmen werden auch geeignete Nachsorgemaßnahmen für die Pat. gesucht und eine Arbeitserprobung in Betrieben vor Ort durchgeführt. Im Rahmen der Evaluation des angewandten Konzeptes zeigt sich, dass die Pat. bereits, wie in der Studie von Pfeiffer (2010b), sehr belastet und chronifiziert in die Behandlung kommen, das Behandlungsergebnis entsprechend schlecht war. Die Klinik sieht sich jedoch mit der Weiterentwicklung ihres Programmes für türkische Pat. auf einem richtige Weg.

Kizilhan, Haag und Bengel (2011) führten eine Vergleichsstudie über 10 Jahre durch in der sie überprüfen, ob die stationäre psychosomatische Reha. von türkischstämmigen Pat. im Rahmen eines integrativen türkischsprachig geführten Behandlungskonzeptes wirksam ist. Die Mehrheit der Pat. wurde nach der Behandlung mit der vollen Leistungsfähigkeit entlassen und es konnte eine signifikante Symptomverbesserung auf allen neun Skalen der SCL-90-R verzeichnet werden.

Die Gruppe der Migranten ist keine homogene Gruppe, was eine differenzierte Betrachtungsweise mit möglichen Auswirkungen auf spezifische Behandlungsangebote erforderlich macht. Eine Vielzahl von Studien bezieht sich auf türkische Migranten. Für die psychosomatische Reha. steht der Forschungsprozess noch sehr am Anfang und ist zudem durch besondere Probleme erschwert. Schmeling-Kludas et al. (2002) nennen mangelnde Deutschkenntnisse, geringe Schulbildung und kulturelle Barrieren als Faktoren, die die üblichen Fragebogenerhebungen erschweren. Dies erklärt trotz der oben genannten kulturspezifischen Ansätzen den begrenzten Forschungsstand auf diesem wichtigen Gebiet. Es fehlen Studien mit Kontroll- oder Vergleichgruppen, die zudem die oben genannten methodischen Schwierigkeiten adäquat berücksichtigen.

### **1.7 Ziel der Studie**

In der vorliegenden Studie werden konsekutiv aufgenommene Pat. mit und ohne Mh. verglichen, die sich in einer psychosomatischen Reha. befinden. Die Studie wurde in der Rehaklinik Schloss Bad Buchau durchgeführt, in der der Anteil der Pat. mit Mh. bei ca. 30% liegt.

Ein wichtiges Ziel war durch die Anwendung halbstrukturierter Interviews in Kombination mit Fragebögen eine möglichst hohe Einschlussquote von Migranten und Nichtmigranten zu erreichen. Es sollten ergänzend auswertbare Daten der erweiterten Basisdokumentation genutzt werden. Neben soziodemografischen Variablen werden Angaben zu Symptomatik, Verlauf und Ergebnis der Reha. untersucht. Von besonderem Interesse sind die Erfassung und der Vergleich von Krankheitsmodellen, Therapieerwartungen und dem Erleben der Behandlung. Dies impliziert auch die Untersuchung der Erwartungen in Bezug auf die sozialmedizinische Begutachtungssituation. Die genannten Variablen werden darüber hinaus auch geschlechtsspezifisch verglichen und es wird untersucht, welche Rolle sprachliche Probleme bei dem Rehaergebnis spielen. Abschließend werden Folgerungen für die Verbesserung der rehabilitativen Praxis abgeleitet. Zur Untersuchung der Fragestellungen wurden drei Erhebungszeitpunkte realisiert: Bei Aufnahme, bei Entlassung sowie drei Monate nach Entlassung. Wegen der genannten methodischen Schwierigkeiten und aufgrund von Voruntersuchungen, die bei Fragebogenkatamnesen nur einen Rücklauf von 34%

(Oster et al. 2006) zeigen, wurde die 3-Monats-Katamnese bei den Studienteilnehmern als Telefonbefragung durchgeführt.

## **1.8 Fragestellungen und Hypothesen**

Um der Komplexität des Forschungsgebietes gerecht zu werden, ist eine Kombination von explorativem und hypothesengeleitetem Vorgehen angezeigt.

Nach dem Vergleich der soziodemographischen Variablen sollen die folgenden Hypothesen überprüft werden:

Hypothese 1: Pat. mit Mh. haben eine grössere Funktionsbeeinträchtigung als Pat. ohne Mh.

Hypothese 2: Pat. mit Mh. unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Symptomatik von den Pat. ohne Mh.

Hypothese 3: Pat. mit Mh. schneiden im Rehaergebnis und in den sozialmedizinischen Daten schlechter ab.

Hypothese 4: Es gibt einen Unterschied in den Krankheitsmodellen zwischen Pat. mit und ohne Mh.

Hypothese 5: Es gibt einen Unterschied in den Behandlungserwartungen zwischen Pat. mit und ohne Mh.

Hypothese 6: Es gibt einen Unterschied in den Veränderungsressourcen zwischen Pat. mit und ohne Mh.

Hypothese 7: Es gibt einen Unterschied hinsichtlich der Erwartungen zur sozialmedizinischen Begutachtung in der Reha. zwischen Pat. mit und ohne Mh.

Hypothese 8: Pat. mit schlechten Deutschkenntnissen haben ein schlechteres Rehaergebnis als Pat. mit guten Deutschkenntnissen.

Folgende explorative Fragestellungen sollen weiterhin beantwortet werden:

1. Bestehen in den genannten Variablen geschlechtsspezifische Unterschiede?
2. Welche Subgruppen der Pat. mit Mh. lassen sich bezüglich der relevanten Variablen bilden?

## **2 Material und Methodik**

Seit Oktober 2004 besteht ein Kooperationsvertrag zwischen dem Universitätsklinikum Ulm, der Universität Ulm und der Zentralen Klinik Betriebs- und Servicegesellschaft Bad Buchau. Im Rahmen dieser Kooperation werden u. a. in der Rehaklinik Schloss Bad Buchau, Abteilung für Psychosomatik, wissenschaftliche Projekte durchgeführt, die durch die Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie betreut werden. Die vorliegende Arbeit ist im Rahmen dieser Kooperation entstanden und wurde durch die Deutsche Rentenversicherung Baden Württemberg gefördert.

### **2.1 Kurzbeschreibung des therapeutischen Settings der Rehabilitationsklinik Schloss Bad Buchau**

Die psychosomatische Abteilung belegt ca. 71 Betten. Die durchschnittliche Behandlungsdauer liegt mit 32 Tagen im Jahr 2005 deutlich unter dem bundesweiten Durchschnitt von 40 Tagen (Deutsche Rentenversicherung 2007 a). Hauptbelegungsträger ist die Deutsche Rentenversicherung Baden- Württemberg (ehemalige Bezeichnung: LVA Baden-Württemberg). Die Pat. der Klinik haben eine relativ geringe Schulbildung und einen niedrigen sozioökonomischen Status. Der Ausländeranteil liegt höher als im Bevölkerungsdurchschnitt.

Das Psychotherapiekonzept ist integrativ mit verhaltenstherapeutischen, tiefenpsychologischen, systemischen und körpertherapeutischen Verfahren. Der Schwerpunkt liegt auf Einzel- und Gruppenpsychotherapie sowie auf Entspannungsverfahren. Nach Bedarf werden diese ergänzt durch medikamentöse Behandlungen und durch trainierende und beratende Maßnahmen. Dies sind Physiotherapie, Diät- und Ernährungsberatung, Sport- und Bewegungstherapie.

Die Einzeltherapie (tiefenpsychologisch oder verhaltenstherapeutisch orientiert) findet gewöhnlich einmal wöchentlich 30 Minuten statt. Gewöhnlich nimmt ein Pat. an ein bis drei Gruppen teil. Die informativen Gruppen finden einmal, alle anderen zweimal pro Woche statt. Pat. mit beruflichen Problemstellungen nutzen die Angebote der Sozialberatung. Eine Besonderheit der Rehaklinik Schloss Bad Buchau sind die in das Heilverfahren integrierten Maßnahmen zur Arbeitstherapie

und Belastungserprobung. Migrationsspezifische Gruppen werden nicht angeboten.

Es werden Störungen aus dem gesamten F-Kapitel der ICD-10 behandelt, wobei akute Psychosen, akute Suchterkrankungen, akute Suizidalität und gerontopsychiatrische Erkrankungen Ausschlusskriterien darstellen.

## **2.2 Studiendesign**

Es handelt sich um eine Quer- bzw. Längsschnittstudie mit Kohortendesign. Die Datenerhebung erfolgte bei Aufnahme, Entlassung sowie 3 Monate nach Entlassung. Aufgrund der oben genannten methodischen Überlegungen wurden halbstrukturierte Interviews entwickelt und auch in der 3-Monatskatamnese als telefonisches Interview durchgeführt. Ergänzend wurde die Basisdokumentation der Klinik verwendet.

Die Gruppen mit und ohne Mh. wurden paarweise nach Altersgruppe, Schulbildung und Geschlecht parallelisiert. Hierbei richtete sich die Rekrutierung der Pat. ohne Mh. nach den Daten der Gruppe mit Mh.

## **2.3 Untersuchungsstichprobe**

Es wurden 75 konsekutiv aufgenommene Pat. mit Mh. und 75 Pat. ohne Mh. befragt. Die Kontrollgruppe wurde entsprechend der Altersgruppe, Schulbildung und Geschlecht der Pat. mit Mh. ausgewählt, so dass es zu einer paarweisen Parallelisierung der beiden Gruppen kam. Diese Stichprobengröße ist ausreichend, zu erwartende Effekte statistisch aufzudecken.

Einschlusskriterien

Heilverfahren über die Deutsche Rentenversicherung,

Schriftliche Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie,

75 Pat. mit Mh.: eigene Migrationserfahrung, belegt durch Übersiedlungsjahr zu Lebzeiten des Pat.,

75 Pat. ohne eigene Migrationserfahrung

Ausschlusskriterien

Rücknahme der Teilnahmeeinwilligung

Zuweisung zu den Versuchsgruppen

In der vorliegenden Untersuchung wurden 75 konsekutiv aufgenommene Pat. mit Mh. (eigene Migrationserfahrung) in der Chef- bzw. Oberarztvisite, kurz nach Aufnahme der Pat., rekrutiert. Die Rekrutierung der Pat. ohne Mh. erfolgte ebenfalls in der Chef- bzw. Oberarztvisite und richtete sich nach Schulbildung, Altersgruppe und Geschlecht der Migrationsgruppe.

## **2.4 Ethik**

Für die Studie wurde vor der Durchführung die Zustimmung der Ethikkommission der Universität Ulm eingeholt. Dieser Antrag enthielt die ausführliche Darstellung des gesamten Designs und sämtlicher weiterer relevanter Daten und wurde mit dem Datum vom 05.05.2008 zustimmend beurteilt (Kennziffer 102/08).

## **2.5 Messinstrumente**

Es wurden halbstrukturierte Interviews entwickelt, die zu drei Erhebungszeitpunkten durchgeführt wurden. Ergänzend wurden Teile der Basisdokumentation der Klinik verwendet. Folgende Daten werden erhoben:

Vor Aufnahme (t0):

Pat.:

Klinkinterner Aufnahmefragebogen mit soziodemographischen und anamnestischen Basisdaten

Kurz nach Aufnahme (t1):

Wissenschaftliche Mitarbeiterin:

Halbstrukturiertes Interview (ca. eine Stunde)

Kurz vor Entlassung (t2):

Wissenschaftliche Mitarbeiterin:

Halbstrukturiertes Interview (ca. 30 Minuten)

Bezugstherapeut und behandelnder Arzt:

Entlassdiagnosen

Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit; positives und negatives Leistungsbild

3-Montaskatamnese (t3):

Wissenschaftliche Mitarbeiterin:

Telefonbefragung (ca. 15 Minuten)

### **2.5.1 Interview zum Aufnahmezeitpunkt (ca. 1 Stunde) (t1)**

Zu Beginn des Interviews kam es zu einer **Erfassung der Deutschkenntnisse** der Pat. mit Mh. Es wurden Fragen entwickelt, bei denen die Pat. angeben sollten, ob sie deutsch zuhause und bei der Arbeit sprechen. Zudem sollten die Pat. eine Selbsteinschätzung ihrer Deutschkenntnisse auf einer 4-stufigen Skala abgeben, von „sehr oft“ (=1) bis „nie“ (=4) (Textverständnis, Einschränkungen im Alltag, Verständigung mit Ärzten). Nach dem Interview kam es zu einer Fremdeinschätzung der Sprachkenntnisse durch die wissenschaftliche Mitarbeiterin anhand einer 4-stufigen Skala, von „Pat. versteht mich uneingeschränkt“ (=1) bis „Pat. versteht mich nicht“ bzw. „Pat. kann sich uneingeschränkt mitteilen“ (=1) bis „Pat. kann sich nicht mitteilen“ (=4).

Für die **Erfassung der Problem- und Beschwerdedarstellung** wurde eine offene Frage gestellt „Bitte schildern Sie mir Ihre Beschwerden, weswegen Sie in der Reha. sind“. Es wurde zudem nach der Dauer der Beschwerden gefragt sowie nach der Initiierung der Reha. Es wurden Fragen zur Selbsteinschätzung des körperlichen, seelischen und Allgemeinbefindens sowie Selbsteinschätzung der allgemeinen Leistungsfähigkeit gestellt: Die Pat. sollten auf einer 5- stufigen Skala von „sehr gut“ (=1) bis „sehr schlecht“ (=5) einschätzen, wie es ihnen im jeweiligen Bereich geht (Fragen aus dem Pat.- Aufnahmefragebogen der Klinik).

Ergänzend wurden den Pat. verschiedene Problembereiche genannt und diese gaben an, ob sie „eher ja“ oder „eher nicht“ unter dem genannten Problem leiden (modifiziert aus dem Pat.-Aufnahmebogen der Klinik).

Es folgte eine **migrationspezifische Anamnese** mit Schwerpunkt auf die migrationspezifischen Anteile der Lebensgeschichte (Salis et al. 1997). Pat. mit Mh. wurden nach ihrem Heimatland befragt, dem Grund und dem Zeitpunkt der Migration, der Zufriedenheit mit ihrem Leben in Deutschland sowie nach möglichem Heimweh nach ihrem Heimatland und einer möglichen Planung einer

Rückwanderung. Die Fragen waren teilweise offen, teilweise antworteten die Pat. anhand einer 5-stufigen Skala.

Zur **Erfassung der Funktionsbeeinträchtigung** der Pat. wurden einige Fragen aus dem ICF AT 50-Psych Selbstbeurteilungsfragebogen von Nosper (2007) gestellt. Das Gesundheitsmodell der ICF (World Health Organization 2001) bildet eine wesentliche Grundlage zur Einschätzung der Beeinträchtigung. Nosper extrahierte daraus 6 Faktoren, zu deren Erfassung insgesamt 50 Fragen für den ICF AT-10 Psych ausgewählt wurden. Es wurden einzelne Fragen für das Interview ausgewählt und teilweise modifiziert, um sie an die zum Teil eingeschränkten Deutschkenntnisse der Pat. anzupassen. Die Pat. beantworteten je eine Frage zum Bereich „Verbale Kompetenz“, „Nähe in Beziehungen“, „Soziale Rücksichtnahme“ und „Fitness und Wohlbefinden“, zwei Fragen zum Bereich „Anforderungen erfüllen“ sowie drei Fragen zum Bereich „Soziale Beziehungen“. Die Pat. schätzten anhand einer 5-stufigen Skala ein, inwiefern die genannten Bereiche problematisch waren (von „kein Problem“ (=1) bis „volles Problem“ (=5)). Für die Bereiche „Anforderungen erfüllen“ sowie „Soziale Beziehungen“ wurden mehr als eine Frage gestellt, da eine Funktionsbeeinträchtigung in diesen Bereichen eine besondere Einschränkung im Alltag darstellt.

Für die **Erhebung des Krankheitsmodells** wurde zunächst eine offene Frage formuliert: „Welche Erklärungen haben sie für ihre Beschwerden? Was hat ihrer Ansicht nach ihre Beschwerden verursacht?“ Die Pat. wurden zudem gefragt, welche Behandlung ihrer Meinung nach hilfreich wäre. Diese Fragen stammen aus dem „Fragenkatalog zur Ergründung des Bedeutungszusammenhanges der Krankheitserfahrung“ von Salis et al. (1997) und ist angelehnt an die migrationsspezifische Anamnese von Kleinmann (1980), in der die Pat. nach der Ursache ihrer Beschwerden befragt werden. Die Pat. beurteilten auf einer 4-stufigen Skala von „kann ich mir sehr gut“ (=1) bis „kann ich mir überhaupt nicht vorstellen“ (=5), ob sie glauben, dass es bei ihren Beschwerden einen Zusammenhang zwischen Körper und Seele gäbe und ob sie glauben, dass eine Psychotherapie eine sinnvolle Behandlung sein könne (aus Interviewtools für Achse I der OPD-2 Diagnostik; Arbeitskreis OPD 2006). Orientiert an den halbstrukturierten Interviews von Sleptsova et al. (2009) wurden mögliche Gründe

für Beschwerden abgefragt. Die genannten Gründe beinhalten zum Beispiel „schwere Arbeit“, „Wetter“, „Stress“ und „Heimweh“. Die Pat. schätzten auf einer 4-stufigen Skala ein, ob der genannte Grund einen Einfluss hatte: „hat einen großen Einfluss“ (=1) bis „hat keinen Einfluss“ (=4).

**Die Veränderungsressourcen** der Pat. wurde mit Fragen aus den Interviewtools für Achse I der OPD-2 Diagnostik (Arbeitskreis OPD 2006) erhoben. Neben der offenen Frage, wer den Pat. bei der Bewältigung ihrer Erkrankung hilft, wurde gefragt, wie Freunde und Familie auf die Beschwerden der Pat. reagieren und ob die Pat. einem Hobby nachgehen. Die dieser Achse zugrunde liegenden Konzepte können auch ohne expliziten Rückgriff auf psychoanalytischen Theorien verstanden werden: die Beschreibung erfolgt weitgehend deskriptiv und zeichnet sich durch Praxisnähe und –relevanz aus (Arbeitskreis OPD 2006).

**Die sozialmedizinischen Erwartungen** wurden anhand zweier Items aus der Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit (SPE-Skala) von Mittag und Raspe (2003) erhoben. Die Items beziehen sich auf (1) die Erwartung, aufgrund des derzeitigen Gesundheitszustandes bis zum Erreichen des gesetzlichen Rentenalters berufstätig sein zu können sowie (2) die dauerhafte (subjektive) Gefährdung der Erwerbstätigkeit. Die Pat. antworteten zu Frage 1 anhand einer 4-stufigen Skala (von „sicher (=1) bis „auf keinen Fall“ (=4)), die Frage 2 beantworteten sie mit „ja“ oder „nein“. Auf Frage 3, den Gedanken daran, einen Antrag auf vorzeitige Berentung aus Gesundheitsgründen zu stellen, wurde verzichtet, da ein Rentenwunsch eher indirekt erfragt werden sollte, um die Pat. nicht zu verunsichern. Die SPE-Skala wurde anhand einer großen Bevölkerungsstichprobe hinsichtlich ihrer psychometrischen Eigenschaften sowie auch auf Reliabilität und (prognostische) Validität überprüft. Sie eignet sich sowohl zur Unterstützung der sozialmedizinischen Begutachtung im Einzelfall als auch für die epidemiologische oder Rehaforschung. Ergänzend wurde den Pat. die offene Frage gestellt, welche Empfehlung der Arzt ihrer Meinung nach am Ende ihres Aufenthaltes bzgl. ihrer Leistungsfähigkeit gäbe.

**Die Therapieerwartungen** der Pat. wurden zunächst mit einer offenen Frage eruiert und dann durch acht Fragen aus dem Fragebogen zur Erfassung

rehabilitationsbezogener Erwartungen und Motivationen (FREM-17) von Deck (2006) erfasst. Im Interview beantworteten die Pat. jeweils zwei Fragen zu den vier Dimensionen: Erholung, Gesundheit, Krankheitsbewältigung und Rente. Die Auswahl der Fragen richtete sich nach der sprachlichen Einfachheit. Die Pat. beantworteten die Fragen anhand einer 4- stufigen Skala von „trifft voll zu“ (=1) bis „trifft überhaupt nicht zu“ (=4). Abschließend wurde die Frage gestellt, ob die Pat. glauben, dass ihnen durch die Therapieangebote in der Reha. geholfen werden könne. Diese Frage beantworteten die Pat. ebenfalls anhand einer 4- stufigen Skala von „kann ich mir sehr gut vorstellen“ (=1) bis „kann ich mir überhaupt nicht vorstellen“ (=4).

### **2.5.2 Interview zum Entlasszeitpunkt (ca. 30 Minuten) (t2)**

Zu Beginn wurden erneut Fragen zur **Selbsteinschätzung des körperlichen, seelischen und Allgemeinbefindens sowie Selbsteinschätzung der allgemeinen Leistungsfähigkeit gestellt**. Die Pat. schätzen ein zweites Mal ihre allgemeine Leistungsfähigkeit in Prozent ein (siehe Interview zum Aufnahmezeitpunkt).

Für die **Beurteilung der Behandlung** wurden die Fragen aus dem Pat.-Entlassungsfragebogen der Klinik verwendet. Die Pat. schätzen ein („ja“, „nein“, „weiß nicht so recht“), ob sie sich am richtigen Platz fühlten und ob die Behandlung ihnen geholfen habe besser mit ihren Symptomen zurecht zu kommen. Anhand einer 5-stufigen Skala (von „sehr gut“ (=1) bis „nicht zufriedenstellend“ (=5)) bewerteten die Pat. die gesamte Behandlung, die therapeutische sowie ärztliche Betreuung sowie den Pflegedienst. Ergänzend bewerteten die Pat. ihre Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis.

Mögliche **sprachliche Probleme bei den Therapien** schätzen die Pat. auf einer 3-stufigen Skala (von „große“ (=1) bis „keine“ (=3)) ein.

Es wurden noch einmal die **sozialmedizinischen Erwartungen** erhoben (siehe Erstinterview).

Zur Erfassung der **Veränderung der Problem- und Beschwerdedarstellung** wurden die im Erstinterview genannten Probleme erneut genannt und die Pat.

schätzten anhand einer 5-stufigen Skala eine mögliche Veränderung ein (von „deutlich verbessert“ (=1) bis „deutlich verschlechtert“ (=5)).

Die **Erwartungen für die Zeit nach der Reha** wurden durch 5 Fragen aus dem Fragebogen zur Erfassung reabezogener Erwartungen und Motivationen (FREM-17) von Deck (2006) erfasst (siehe Erstinterview). Auch hier gibt es die Dimensionen Erholung, Gesundheit, Krankheitsbewältigung und Rente. Die Fragen beantworteten die Pat. ebenfalls anhand einer 4-stufigen Skala von „kann ich mir sehr gut vorstellen“ (=1) bis „kann ich mir überhaupt nicht vorstellen“ (=4).

### **2.5.3 Telefoninterview zum Katamnesezeitpunkt 3 Monate nach der Entlassung (ca. 15 Minuten) (t3)**

Es fand eine erneute Erhebung des **selbsteingeschätzten körperlichen, seelischen und Allgemeinbefindens sowie der allgemeinen Leistungsfähigkeit** (siehe Erst- und Entlassinterview) statt.

Es wurden Fragen zur **beruflichen und arbeitsbezogenen Entwicklung** nach der Entlassung gestellt (halbstrukturiert). Hierzu gehörten Fragen zum aktuellen Erwerbsstatus, Krankheitsstand sowie weiterer rehabilitativer Maßnahmen seit der Reha. (z.B. Umschulung, Umsetzung etc.).

Es wurde eine Frage zur **Beurteilung des Heilverfahrens** gestellt. Die Pat. beurteilten auf einer 4-stufigen Skala ihre Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis des Rehaaufenthaltes (von „sehr zufrieden“ (=1) bis „sehr unzufrieden“ (=4)).

Zur erneuten Erfassung der Veränderung der **Problem- und Beschwerdedarstellung** wurden die im Erstinterview genannten Probleme erneut genannt und die Pat. schätzten wiederum eine mögliche Veränderung ein (siehe Entlassinterview).

Zur **erneuten Erfassung der Funktionsbeeinträchtigung** der Pat. wurden wie im Erstinterview die Fragen aus dem ICF AT 50-Psych Selbstbeurteilungsfragebogen von Nosper (2007) gestellt.

Die Pat. wurden nach **wichtigen Ereignissen in der Zeit nach der Reha.** gefragt (offene Frage).

Abschließend wurden die Pat. befragt, ob und welche **weiterführende psychotherapeutische Maßnahmen** sie angefangen oder fortgeführt haben.

## 2.6 Projektverlauf und Stichprobendarstellung

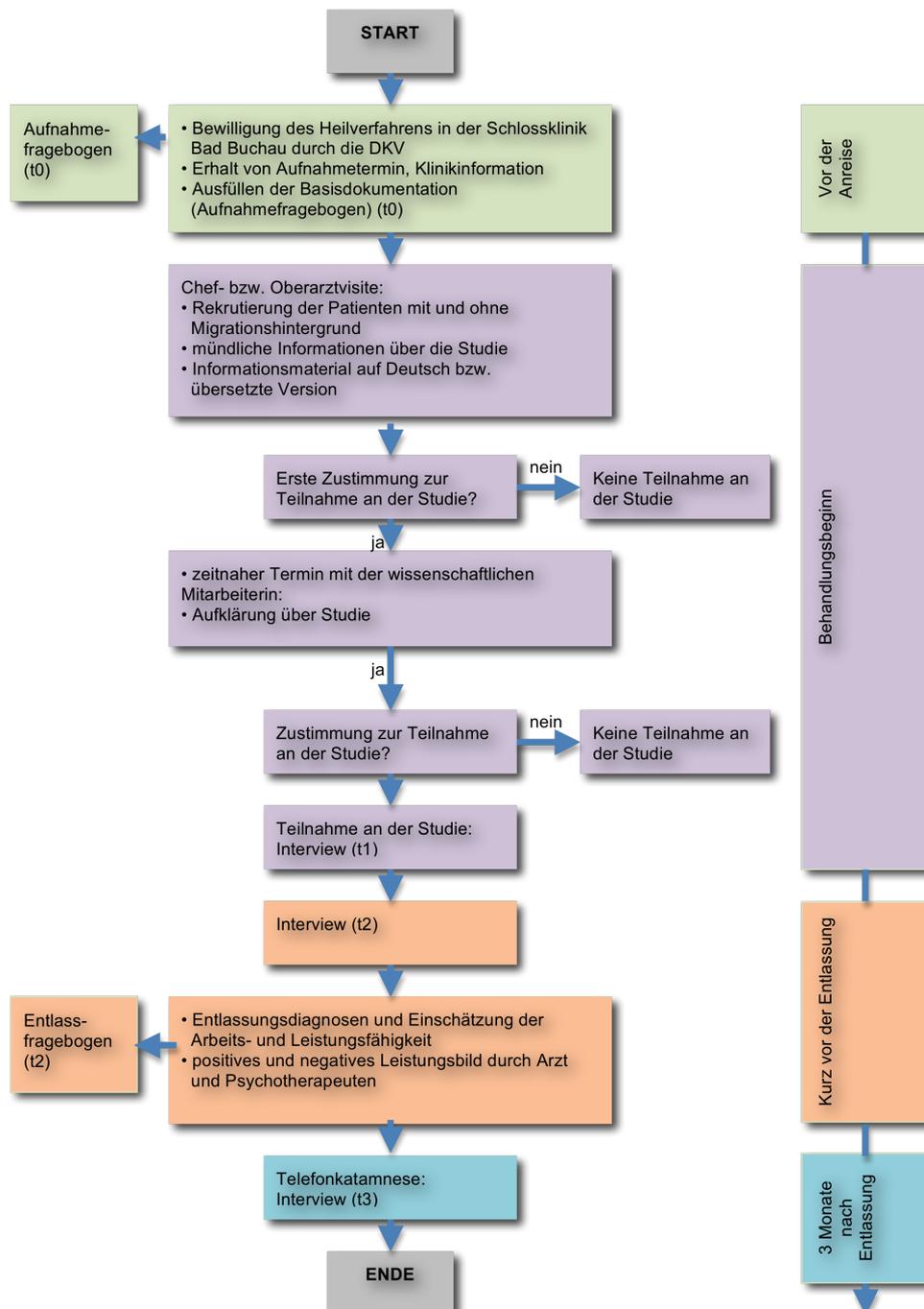


Abbildung 1: Projektverlauf und Stichprobendarstellung

Die Rekrutierung der Stichprobe für die vorliegende Studie wurde gemäß folgendem Ablaufplan durchgeführt (siehe Abbildung1):

Die Pat. wurden kurz nach ihrer Aufnahme in die Klinik (1 bis 7 Tage später) in der Chef- bzw. Oberarztvisite über die Studie mündlich sowie durch schriftliches Informationsmaterial informiert. Die Pat., die ein erstes Einverständnis gaben, erhielten zudem eine Einverständniserklärung. Um möglichen sprachlichen Verständnisproblemen bei Pat. mit Mh. vorzubeugen, wurde das Informationsmaterial sowie die Einverständniserklärung zuvor in die Sprachen griechisch, italienisch, russisch, türkisch, serbokroatisch und polnisch übersetzt. Erklärte sich ein Pat. bereit, an der Studie teilzunehmen, schätzte der Chef- bzw. Oberarzt ein, inwieweit ein Dolmetscher für die Interviews hinzugezogen werden müsste und gab diese Information an die Projektbeauftragte weiter. Der Namen des jeweiligen Pat. wurde an die Therapieplanung weitergegeben und schnellstmöglich (meist 1 bis 2 Tage später) für ein Erstinterview eingeplant. Zu Beginn der Datenerhebung wurden zunächst Pat. mit Mh. rekrutiert, da sich die Auswahl der Pat. ohne Mh. nach der Altersgruppe, Geschlecht und Schulbildung der Pat. mit Mh. richtete (paarweises Matching). Die Aufteilung der Altersgruppen der Pat. geschah in 4-Jahres Schritten, beginnend mit dem Jahrgang 1980. Für die Rekrutierung der Pat. ohne Mh. erhielten der Chef- bzw. Oberarzt von der Projektbeauftragten eine Liste mit Pat., die für die Studie in Frage kamen.

Im Erstkontakt wurden die Pat. noch einmal ausführlich über den Hintergrund, Ablauf und Teilnahmebedingungen der Studie informiert und noch einmal um ihr Einverständnis mit Unterschrift auf der Einverständniserklärung gebeten. Willigte ein Pat. ein, kam es zum Erstinterview und entsprechender Einplanung des Entlassinterviews kurz vor Ende des Rehaaufenthaltes (ca. 1 bis 5 Tage vor Entlassung).

Im Zeitraum Juni 2008 bis September 2009 gaben insgesamt n=156 Pat. ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie, je 75 Pat. mit und ohne Mh. 5 Pat. wurden frühzeitig entlassen, so dass kein Entlassinterview mehr möglich war, ein Pat. zog sein Einverständnis während seines Aufenthaltes zurück. Es wurden 94 Frauen und 56 Männer interviewt.

Zum Zeitpunkt der 3-Montaskatamnese konnten insgesamt 140 Pat. telefonisch befragt werden (93% der geplanten Teilnehmerzahl). Häufig war der Zeitpunkt der

Befragung erst nach 5 bis 6 Monaten möglich, da Pat. teilweise nur schwer erreichbar waren.

**Tabelle 1: Erhebungsverlauf**

Studiengruppe	Interview Aufnahme	Interview Entlassung	3-Monats Katamnese	Ergänzende Basisdokumentation
Mit Migrationshintergrund	77	75	69	63
Ohne Migrationshintergrund	79	75	69	60

Bezüglich der Drop-outs ist festzustellen, dass kein Pat., der durch die Projektbeauftragte erreicht wurde, die Teilnahme verweigerte. Bei neun Pat. waren die Telefonnummern falsch oder Pat. waren nicht erreichbar. Drei Pat. wünschten sich eine schriftliche Katamnese, da ihnen aus sprachlichen Gründen das Telefonieren schwer fiel. Nur einer der drei Pat. schickte den zugeschickten Katamnesebogen zurück.

Die ergänzende Basisdokumentation, die schriftlich von den Pat. auszufüllen war, stand zur Auswertung von 123 Pat. zur Verfügung. In den Tabellen wird jeweils die Anzahl der zur Verfügung stehenden Daten angegeben (N).

Ein Dolmetscher kam dreimal zum Einsatz. Zweimal übersetzte eine russische, einmal eine türkisch sprechende Ärztin. Ansonsten konnten die Interviews in deutscher Sprache geführt werden.

Die paarweise Parallelisierung zwischen den Gruppen hinsichtlich Altersgruppe und Geschlecht gelang, so dass es keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich dieser Variablen zwischen den Gruppen gibt. Es wurden 94 Frauen und 56 Männer interviewt. Das Durchschnittsalter der Pat. ist in Tabelle 2 dargestellt. Auch hinsichtlich der Schulbildung, die in Abbildung 2 dargestellt wird, zeigen sich keine signifikanten Unterschiede. Es war nicht möglich, Pat. mit und ohne Mh. mit genau gleichen Schulabschlüssen zu rekrutieren. Aus diesem Grund wurden Pat. ohne Abschluss mit Pat. mit Hauptschulabschluss und Pat. mit Realschule mit Pat. mit Abitur parallellisiert. Hierbei zeigte sich, dass über 20% der Pat. mit Mh. ein

Abitur, andererseits 15% keinen Abschluss aufweisen. Die Gruppen wurden auf weitere mögliche soziodemographische Unterschiede getestet. Die Analysen wurden sowohl zwischen den beiden Gruppen als auch gesondert nach Geschlecht durchgeführt und im Ergebnisteil dargestellt.

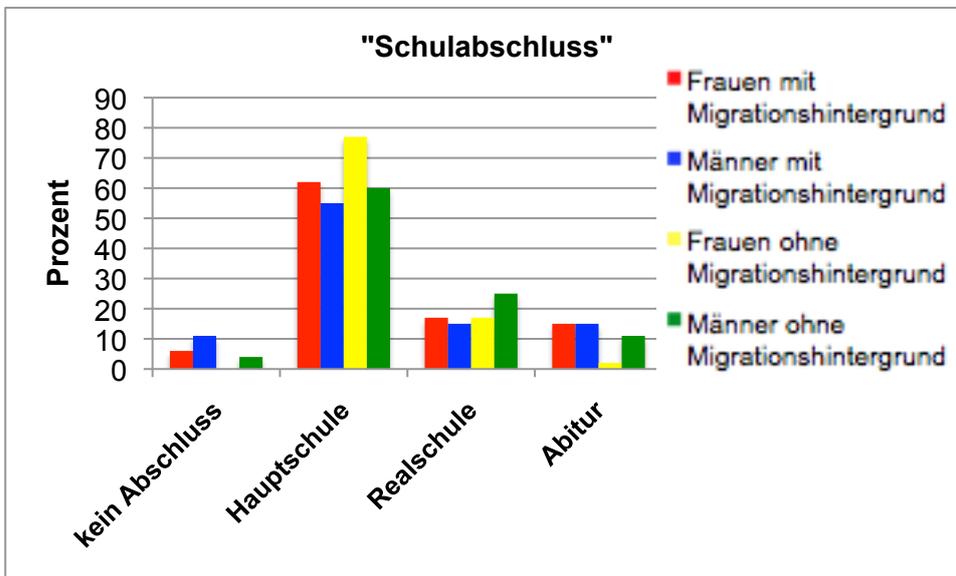


Abbildung 2: Darstellung der soziodemographischen Variable „Schulbildung“, differenziert nach Gruppe und Geschlecht.

## 2.7 Statistische Analysen

Die statistische Auswertung erfolgte entsprechend dem Datenniveau mit parametrischen bzw. nicht-parametrischen Verfahren mit Hilfe des Statistik-Paketes SPSS 12. Für Gruppenvergleiche metrischer Variablen kamen t-Tests für unabhängige Stichproben zum Einsatz. Hierzu werden Mittelwerte, Standardabweichung und Signifikanzniveau angegeben. Der Vergleich nicht-metrischer Variablenätze zwischen den Gruppen erfolgte mit Mann-Whitney U-Test, Chi-Quadrat-Test oder anhand des Fisher Exact Test für Feldervergleiche. Zur Untersuchung auf Veränderungen einzelner Variablen im Zeitverlauf kamen t-Tests für gepaarte Stichproben zum Einsatz.

Auf eine  $\alpha$ -Adjustierung wurde wegen des explorativen Charakters der Studie verzichtet. In den Fällen, in denen mehrere Variablen gleichzeitig für die Überprüfung einer Hypothese herangezogen wurden, wurden nur die Werte als aussagekräftig interpretiert, die durch Werte anderer Variablen unterstützt wurden.

### 3 Ergebnisse

Die Ergebnisse werden entsprechend der Reihenfolge der Fragestellungen dargestellt. Der Übersichtlichkeit halber wird neben dem Gruppenvergleich mit und ohne Mh. bereits zusätzlich der Unterschied zwischen Männern und Frauen bei jeder Fragestellung berücksichtigt.

#### 3.1 Unterschiede in den soziodemographischen Daten bei Aufnahme

Die Ergebnisse des t-Tests für unabhängige Stichproben zeigen signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen mit und ohne Mh. in der Variable „Anzahl der Ehen“ ( $t(43)=-2,505$ ;  $p=0,014$ ). Der Mittelwert ( $1,09\pm 0,288$ ) der Pat. mit Mh. liegt demnach signifikant unter dem Mittelwert ( $1,32\pm 0,535$ ) der Pat. ohne Mh. Pat. ohne Mh. waren demnach signifikant häufiger verheiratet.

Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen mit und ohne Mh. gibt es in den Variablen: „Beziehungsstatus“, „Anzahl der Kinder“, „Anzahl der vorherigen psychosomatischen Rehas“.

Bei der Differenzierung der Gruppen nach Geschlecht zeigt der Chi-Quadrat-Test einen weiteren signifikanten Unterschied: Wie aus Abbildung 3 ersichtlich, sind Frauen ohne Mh. häufiger geschieden als die Männer ohne Mh., es ergibt sich somit ein signifikanter Unterschied zwischen diesen Gruppen in der Variable „Beziehungsstatus“ ( $\chi^2 = 12,881$ ;  $df= 4$ ;  $p=0,012$ ).

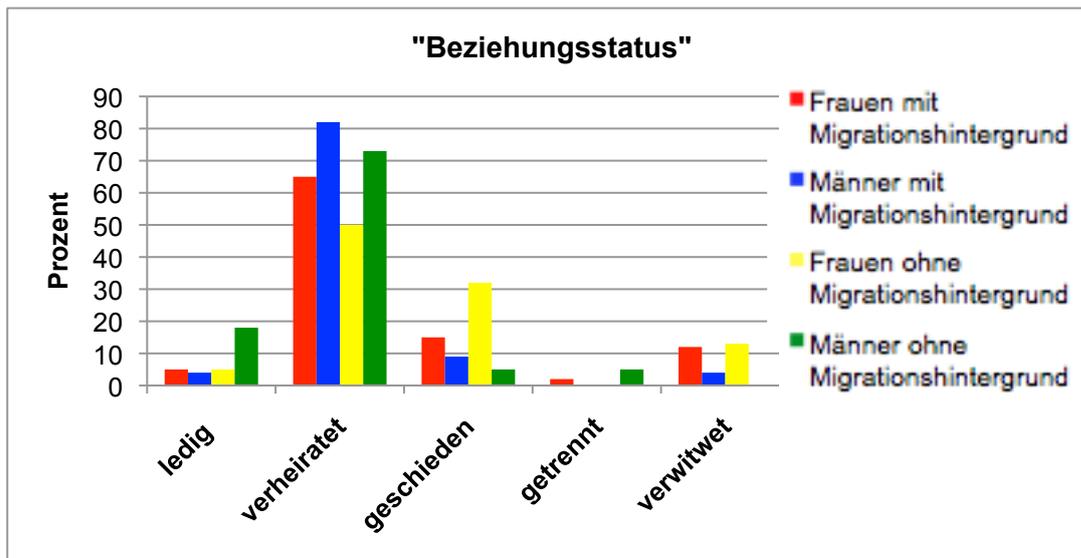


Abbildung 3: Darstellung der soziodemographischen Variable „Beziehungsstatus“, differenziert nach Gruppe und Geschlecht.

In Tabelle 2 werden weitere Variablen dargestellt, in denen der t-Test für unabhängige Stichproben signifikante Unterschiede ergibt sowie die Variable Alter, in der es keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen gibt.

Tabelle 2: Mittelwert und Standardabweichungen der soziodemographischen Variablen differenziert nach Gruppe und Geschlecht.

Zeitpunkt	Gruppe mit Migrationshintergrund/ weiblich	Gruppe mit Migrationshintergrund/ männlich	Gruppe ohne Migrationshintergrund/ weiblich	Gruppe ohne Migrationshintergrund/ männlich
Anzahl Ehen*	N=40 1,07±0,267	N=23 1,11±0,323	N= 38 1,39±0,608	N= 22 1,25±0,447
Anzahl Kinder*	1,98±0,821	1,96±1,107	2,21±1,212	1,36±1,177
Anzahl psychosomatische Rehabilitation*	0,63±1,149	0,50±1,300	0,38±0,639	0,85±1,108
Alter	51,2±5,791	48,5±7,192	50,5±5,973	50,4±6,941

\* signifikante Unterschiede

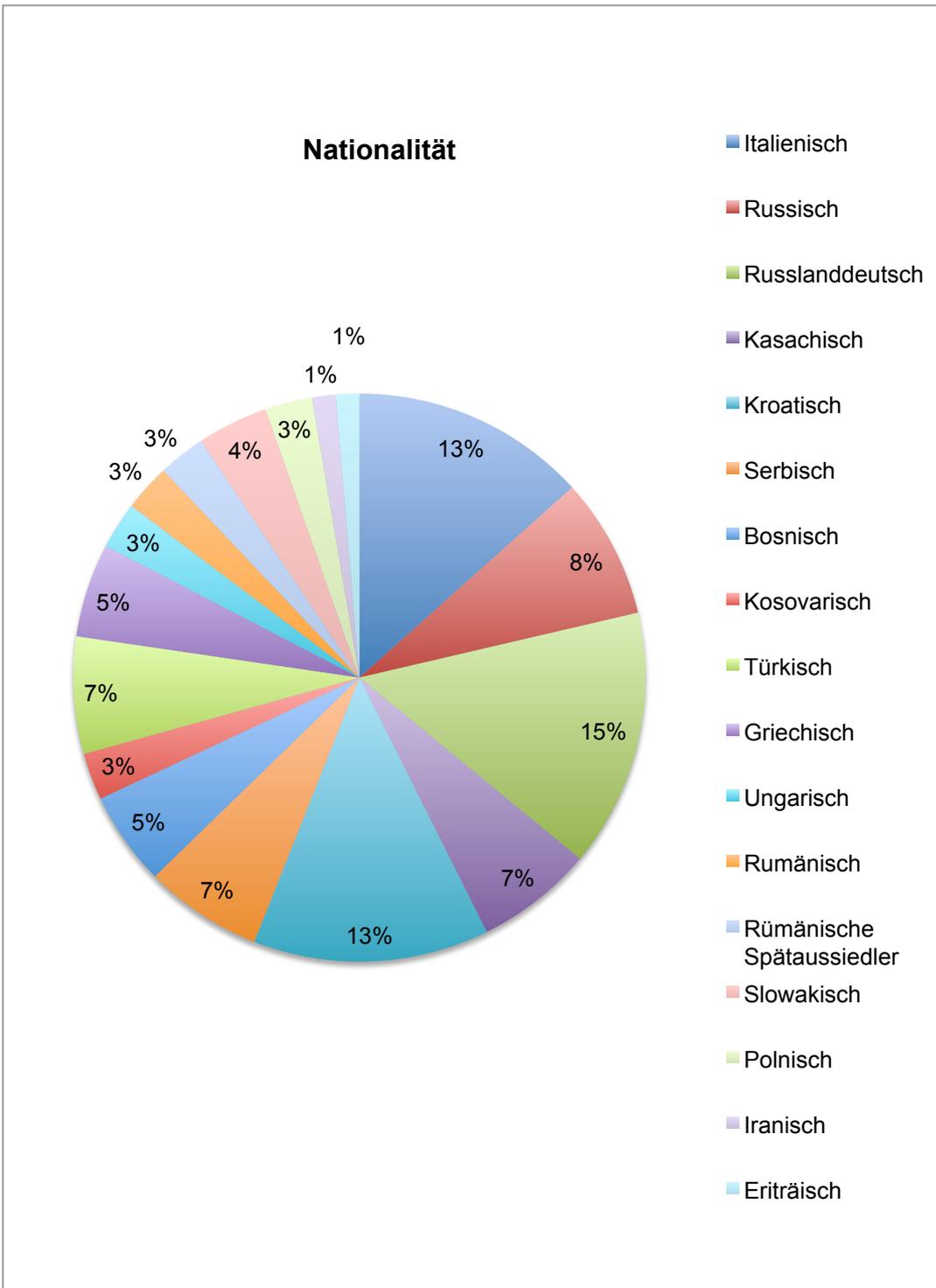
Der Mittelwert der Gruppe der Frauen ohne Mh. ist in der Variable „Anzahl der Ehen“ am höchsten, der Mittelwert der Frauen mit Mh. am niedrigsten, sie unterscheiden sich signifikant voneinander ( $t(43)=-2,379$ ;  $p=0,05$ ). Männer ohne Mh. haben im Durchschnitt am wenigsten Kinder und unterscheiden sich signifikant von den Frauen ohne Mh. ( $t(58)=2,636$ ;  $p=0,011$ ) und Frauen mit Mh. ( $t(32)=2,172$ ;  $p=0,037$ ). Männer ohne Mh. hatten bereits am häufigsten

psychosomatischen Rehas, Frauen ohne Mh. am seltensten. Frauen und Männer mit Mh. waren ebenfalls im Schnitt bereits einmal in einer psychosomatischen Reha. Männer und Frauen ohne Mh. unterscheiden sich in diesem Bereich signifikant voneinander ( $t(55)=2,065$ ;  $p=0,044$ ).

Zusammenfassend ist festzustellen, dass Pat. ohne Mh. signifikant häufiger mehrfach verheiratet sind als Pat. mit Mh. Wie oben beschrieben, sind Frauen ohne Mh. am häufigsten mehrfach verheiratet. Frauen ohne Mh. haben zudem am meisten Kinder, Männer ohne Mh. am meisten psychosomatische Rehaerfahrung.

### **3.2 Spezielle soziodemographische Daten der Patienten mit Migrationshintergrund**

Mit den Pat. mit Mh. wurde im Aufnahmeinterview eine migrationsspezifische Anamnese durchgeführt. Im Folgenden werden die Ergebnisse dieser Befragung dargestellt.



**Abbildung 4: Nationalität der Patienten mit Migrationshintergrund**

Abbildung 4 gibt einen Überblick über die Nationalitäten der Pat. Es wird ersichtlich, dass ein großer Teil der befragten Pat. aus Italien sowie aus der ehemaligen Sowjetunion und Jugoslawien stammt. Es willigten nur wenige türkische Pat. in die Teilnahme an der Studie ein, so dass diese Gruppe in der

vorliegenden Studie unterrepräsentiert ist. Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen der Herkunft der Frauen und Männer mit Mh.

Die befragten Pat. sind im Schnitt 25,5 Jahre in Deutschland. Auch hier gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen den Frauen und Männern.

Im Rahmen der migrationsspezifischen Anamnese wurden die Pat. in einer offenen Frage über die Gründe ihrer Migration befragt. Die Pat. konnten mehrer Antworten geben. Das Ergebnis wird in Abbildung 5 dargestellt.

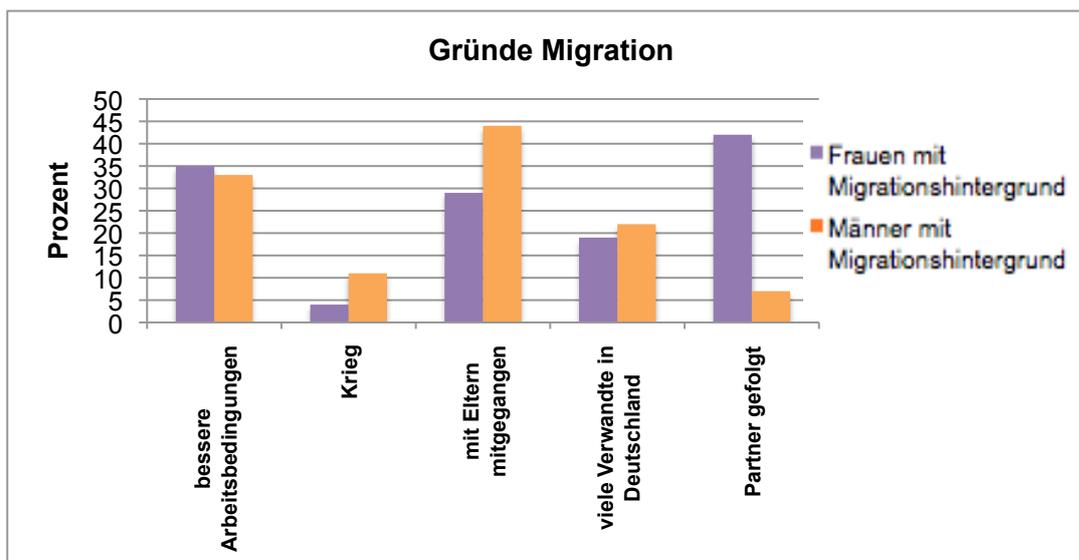


Abbildung 5: Gründe für die Migration nach Deutschland

Wie aus Abbildung 5 ersichtlich, immigrieren Frauen mit Mh. häufiger aufgrund ihres Partners nach Deutschland, wohingegen Männer mit Mh. häufiger durch die Eltern nach Deutschland gekommen sind. Der exakte Test nach Fisher zeigt einen signifikanten Unterschied zwischen Frauen und Männern in der Variable „Partner gefolgt“ ( $p=0,005$ ).

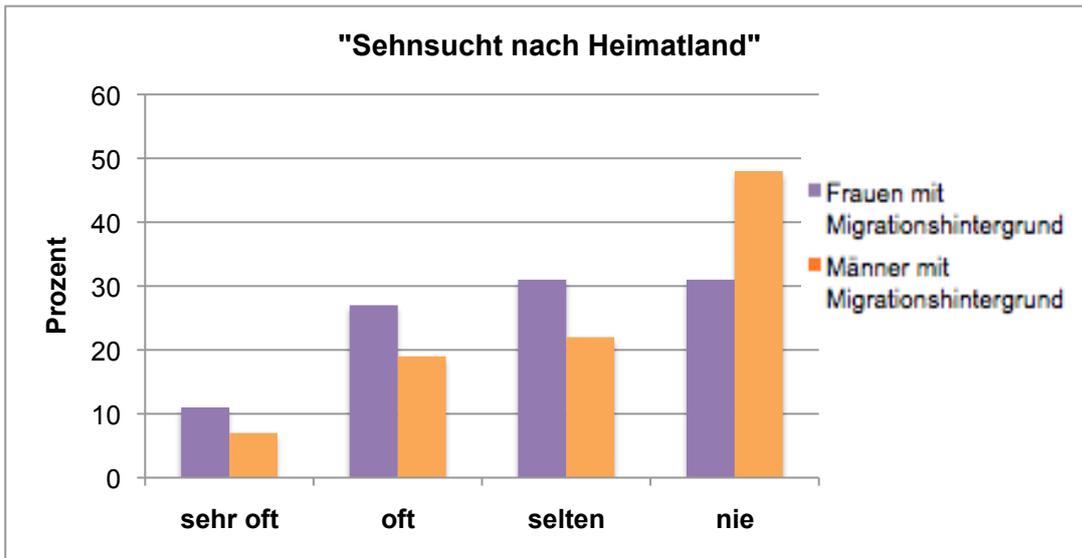


Abbildung 6: Antworten auf die Frage: „Sehnen Sie sich manchmal nach einem Leben in ihrem Heimatland?“

Abbildung 6 zeigt, dass sich fast 50% der Männer mit Mh. „nie“ nach einem Leben in ihrem Heimatland sehnen. Frauen mit Mh. hingegen sehnen sich häufiger danach. Der U-Test ergibt jedoch keinen signifikanten Unterschied.

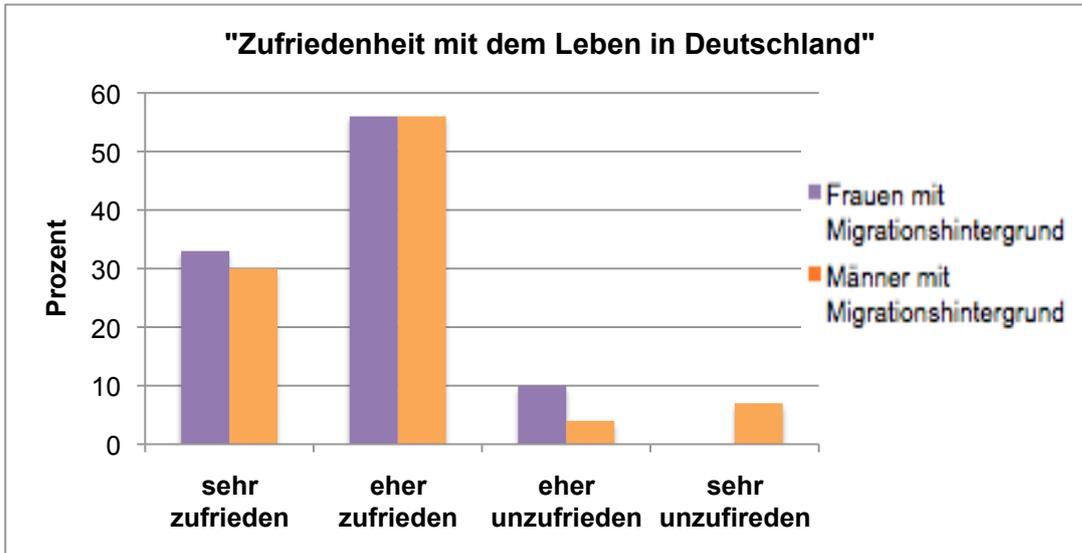


Abbildung 7: Antworten auf die Frage: „Wie zufrieden sind sie mit ihrem Leben in Deutschland?“

Wie aus Abbildung 7 ersichtlich, sind die Pat. mit Mh. überwiegend zufrieden mit ihrem Leben in Deutschland. Frauen und Männer unterscheiden sich in ihrer Einschätzung nicht signifikant.

Ergänzend wurden die Pat. gefragt, ob sie planen, irgendwann in ihr Heimatland zurückzukehren. Während 20% der Frauen mit Mh. dies bejahen, planen nur 11% der Männer mit Mh. eine Rückwanderung in ihr Heimatland. Dieser Unterschied ist jedoch nicht signifikant.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass sich die Frauen und Männer mit Mh. in dem Grund ihrer Migration unterscheiden und sich Frauen mit Mh., wenn auch nicht signifikant, häufiger nach einem Leben in ihrem Heimatland sehnen und eine Rückwanderung planen. Es wurden zum Großteil Pat. aus der ehemaligen Sowjetunion und Jugoslawien sowie italienische Pat. befragt. Es konnten nur wenig türkische Pat. für die Teilnahme an der Studie gewonnen werden.

### **3.3 Unterschiede in der Symptomatik und Funktionsbeeinträchtigung**

Zur Beantwortung der Frage, in wiefern sich die Symptomatik bzw. Funktionsbeeinträchtigung der Pat. mit und ohne Mh. unterscheiden, wurde zunächst die Diagnosevergabe am Ende des Aufenthaltes verglichen und die Beschwerdedauer aus den Angaben der Pat. im Aufnahmebogen der Basisdokumentation berechnet. Es folgt ein Querschnittvergleich von Angaben zum selbsteingeschätzten körperlichen-, seelischen-, sowie Allgemeinbefinden. Ergänzend werden Problembereiche der Pat. ebenfalls im Querschnitt verglichen. Da die selbsteingeschätzte Funktionsbeeinträchtigung der Pat. und der sozialmedizinische Status zu Beginn des Aufenthaltes in engem Zusammenhang mit der Beschwerdesymptomatik stehen, werden diese ebenfalls in diesem Rahmen beschrieben. Der Übersichtlichkeit halber folgen nach den Querschnittsvergleichen die Ergebnisse der Längsschnittanalysen, die bereits Teil des Rehaergebnisses darstellen.

### 3.3.1 Diagnosen am Ende des Aufenthaltes

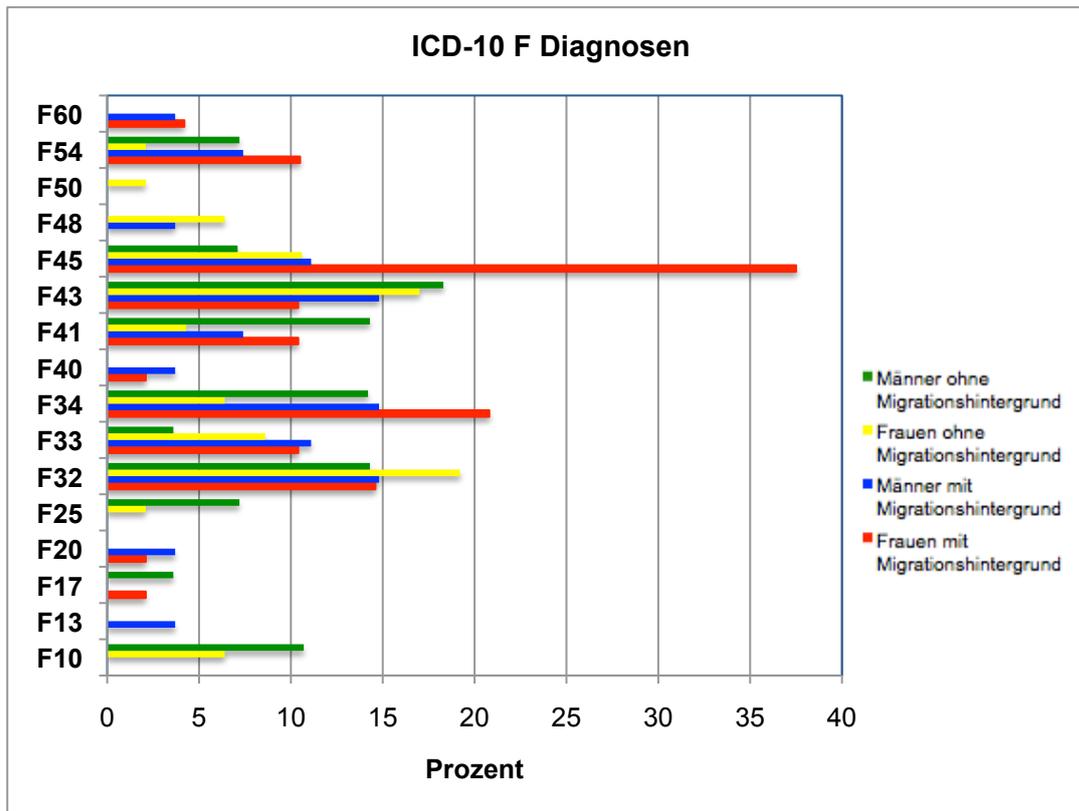


Abbildung 8: Diagnosen zum Entlasszeitpunkt

Abbildung 8 zeigt die ICD10-F-Diagnosen (Psychische und Verhaltensstörungen), die die Pat. am Ende ihres Aufenthaltes erhielten. Hier fällt vor allem auf, dass Frauen mit Mh. mit Abstand am häufigsten die Diagnose F45 (somatoforme Störungen) erhalten. Der exakte Test nach Fisher zeigt, dass Frauen mit Mh. signifikant häufiger diese Diagnose erhalten als Männer ( $p=0,034$ ) und Frauen ohne Mh. ( $p=0,045$ ). Es gibt keinen signifikanten Unterschied zu den Männern mit Mh.

### 3.3.2 Dauer der Beschwerden

Das Ergebnis der U-Tests zeigt weder im Vergleich der Gruppen mit und ohne Mh. noch differenziert nach Geschlecht, einen signifikanten Unterschied in der Beschwerdedauer. In Abbildung 8 werden die Antworten der Pat. auf die Frage, wie lange sie bereits unter ihren Beschwerden leiden, dargestellt.

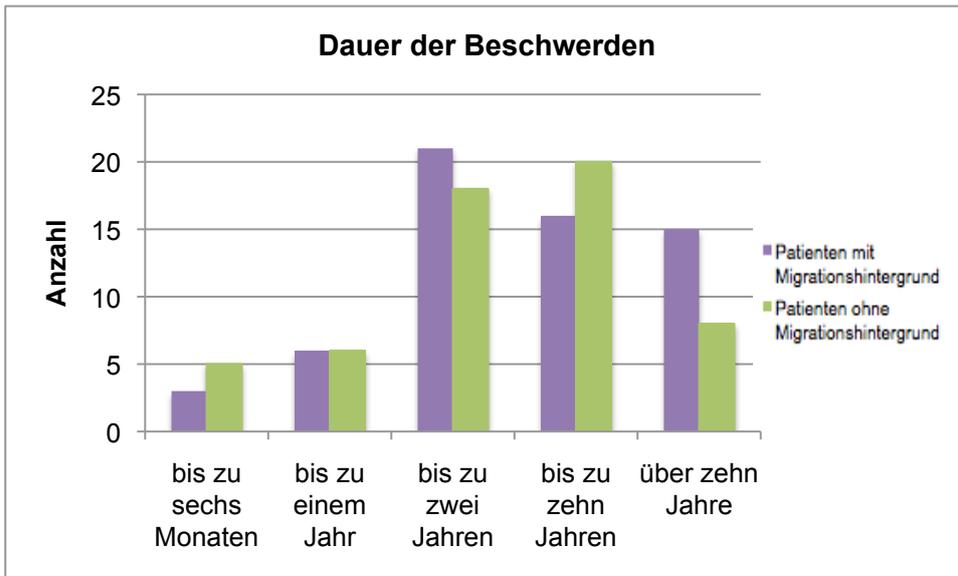


Abbildung 9: Antworten auf die Frage: „Wie lange leiden sie unter ihren Beschwerden?“, differenziert nach Gruppen mit und ohne Migrationshintergrund

### 3.3.3 Selbsteinschätzung des körperlichen Befindens im Querschnitt

Tabelle 3: Vergleich bezüglich des selbsteingeschätzten körperlichen Befindens im Querschnitt zwischen den Gruppen mit und ohne Migrationshintergrund (1=sehr gut, 2=eher gut, 3=weder noch, 4=eher schlecht, 5=sehr schlecht)

Zeitpunkt	Gruppe mit Migrationshintergrund	Gruppe ohne Migrationshintergrund	Signifikanz
Aufnahme	3,87±1,031	2,99±1,109	p<0,0001
Entlassung	3,25±1,041	2,16±1,001	p<0,0001
Katamnese	3,78±0,998	2,75±1,218	p<0,0001

Der U-Test zeigt dass sich die Gruppen (mit und ohne Mh.) zu allen drei Befragungszeitpunkten im körperlichen Befinden hochsignifikant voneinander unterscheiden (U=1583; Z=-4,775; p<0,0001). Den Pat. mit Mh. geht es subjektiv körperlich signifikant schlechter („eher schlecht“) als der Gruppe ohne Mh.

**Tabelle 4: Vergleich bezüglich des selbsteingeschätzten körperlichen Befindens im Querschnitt zwischen den Gruppen mit und ohne Migrationshintergrund, differenziert nach Geschlecht. (1=sehr gut, 2=eher gut, 3=weder noch, 4=eher schlecht, 5=sehr schlecht)**

Zeitpunkt	Gruppe mit Migrationshintergrund/ weiblich	Gruppe mit Migrationshintergrund/ männlich	Gruppe ohne Migrationshintergrund/ weiblich	Gruppe ohne Migrationshintergrund/ männlich
Aufnahme	4,08±0,895	3,48±1,156	3,17±1,129	2,68±1,020
Entlassung	3,29±0,967	3,19±1,178	2,17±1,070	2,14±0,891
Katamnese	3,80±0,919	3,75±1,152	2,86±1,201	2,59±1,217

Aus Tabelle 4 wird deutlich, dass es den Frauen mit Mh. körperlich zu allen drei Zeitpunkten subjektiv am schlechtesten geht. Diese Gruppe unterscheidet sich zum Aufnahmezeitpunkt nicht nur hochsignifikant von den Frauen ohne Mh. (U=613; Z=-3,979; p<0,0001) und Männern (U=219; Z=-5,060; p<0,0001) sondern auch signifikant von den Männern mit Mh. (U=450; Z=-2,309; p=0,021). Sie berichten, dass es ihnen „eher schlecht“ geht. Die Männer mit Mh. unterscheiden sich zum Aufnahmezeitpunkt signifikant von den Männern (U=225; Z=-2,662; p=0,008) jedoch nicht von den Frauen ohne Mh.

Zum Entlass- und Katamnesezeitpunkt gibt es keinen signifikanten Unterschied mehr zwischen den Frauen und Männern mit Mh. Männer mit Mh. unterscheiden sich jedoch zum Entlass- (U=335; Z=-3,473; p<0,0001) wie Katamnesezeitpunkt (U=302; Z=-2,806; p<0,05) signifikant von den Frauen und Männern ohne Mh. (Entlasszeitpunkt: U=354; Z=-2,765; p=0,007); Katamnesezeitpunkt: U=220; Z=-2,654; p=0,004). Auch die Frauen mit Mh. unterscheiden sich zum Entlass- (U=503; Z=-4,795; p<0,0001) wie Katamnesezeitpunkt (U=527; Z=-3,672; p<0,0001) hochsignifikant von den Frauen und Männern ohne Mh. (Entlasszeitpunkt: U=253; Z=-4,692; p<0,0001; Katamnesezeitpunkt: U=267,5; Z=-4,071; p<0,0001).

### **3.3.4 Selbsteinschätzung des körperlichen Befindens im Längsschnitt**

Die Ergebnisse des Wilcoxon-Test bei verbundenen Stichproben zeigt, dass sich die Gruppe der Frauen mit Mh. (Z=-4,215; p<0,0001) ebenso wie die Gruppe der Männer (Z=-2,777; p=0,005) und Frauen ohne Mh. (Z=-4,823; p<0,0001) im Vergleich zum Entlasszeitpunkt in der Einschätzung des körperlichen Befindens hochsignifikant verbessert. Die Gruppe der Männer mit Mh. zeigt als einzige

Gruppe keine signifikante Verbesserung zum Entlasszeitpunkt mit einer weiteren Verschlechterung zum Katamnesezeitpunkt über den Ausgangswert (siehe Abbildung 9). Es gibt in allen Gruppen eine Verschlechterung zum Katamnesezeitpunkt. Im Vergleich des Entlass- mit dem Katamnesezustand des körperlichen Befindens zeigt sich, dass sich die Frauen ( $Z=-3,076$ ;  $p=0,002$ ) und Männer ( $Z=-2,773$ ;  $p=0,006$ ) mit Mh. signifikant verschlechtern. Auch die Frauen ohne Mh. ( $Z=-3,267$ ;  $p=0,001$ ) verschlechtern sich signifikant. Bei den Männern ohne Mh. gibt es keine signifikante Verschlechterung. Der Prä-Post Vergleich (Aufnahme und 3-Monats-Katamnese) zeigt, dass einzig bei den Frauen mit Mh. eine signifikante Verbesserung des subjektiven körperlichen Befindens ( $Z=-2,652$ ;  $p=0,008$ ) bestehen bleibt.

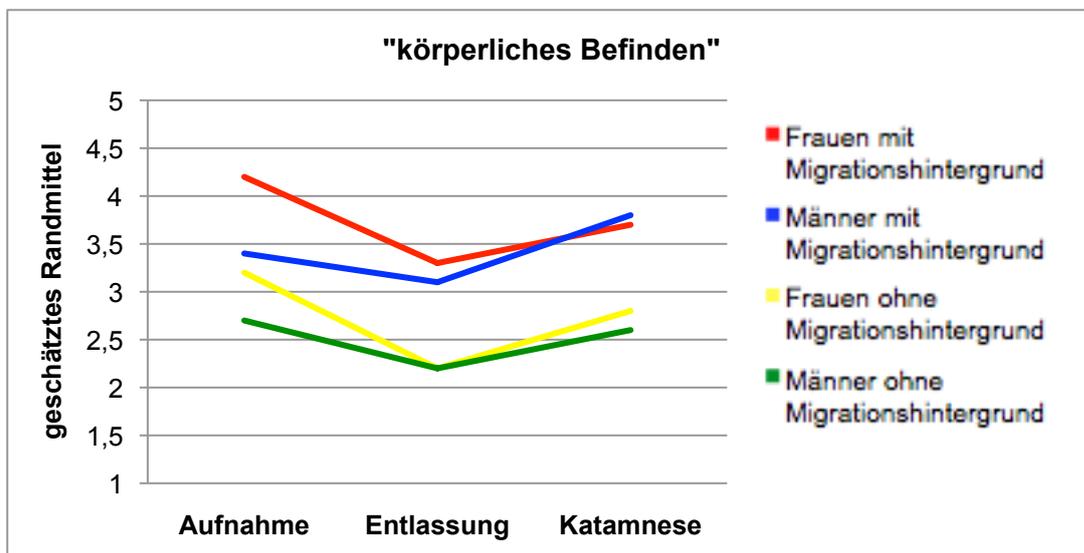


Abbildung 10: Verlauf des selbsteingeschätzten körperlichen Befindens (1=sehr gut, 2=eher gut, 3=weder noch, 4=eher schlecht, 5=sehr schlecht)

### 3.3.5 Selbsteinschätzung des seelischen Befindens im Querschnitt

**Tabelle 5: Vergleich bezüglich des selbsteingeschätzten seelischen Befindens im Querschnitt zwischen den Gruppen mit und ohne Migrationshintergrund (1=sehr gut, 2=eher gut, 3=weder noch, 4=eher schlecht, 5=sehr schlecht)**

Zeitpunkt	Gruppe mit Migrationshintergrund	Gruppe ohne Migrationshintergrund	Signifikanz
Aufnahme	3,81±1,123	2,99±1,015	p=0,024
Entlassung	3,24±1,063	2,43± 0,975	p<0,0001
Katamnese	3,55±0,157	2,67±1,107	p<0,0001

Die Ergebnisse des U-Tests werden in Tabelle 5 dargestellt. Die Gruppen mit und ohne Mh. unterscheiden sich zum Aufnahmezeitpunkt signifikant (U=2152,5; Z=-2,573; p=0,001), zum Entlass- (U=1634; Z=-4,588; p<0,0001) und Katamnesezeitpunkt (U=1409; Z=-4,275; p<0,0001) hochsignifikant voneinander. Den Pat. ohne Mh. geht es seelisch signifikant besser als den Pat. mit Mh.

**Tabelle 6: Vergleich bezüglich des selbsteingeschätzten seelischen Befindens im Querschnitt zwischen den Gruppen mit und ohne Migrationshintergrund, differenziert nach Geschlecht (1=sehr gut, 2=eher gut, 3=weder noch, 4=eher schlecht, 5=sehr schlecht)**

Zeitpunkt	Gruppe mit Migrationshintergrund/ weiblich	Gruppe mit Migrationshintergrund/ männlich	Gruppe ohne Migrationshintergrund/ weiblich	Gruppe ohne Migrationshintergrund/ männlich
Aufnahme	4,15±0,989	3,22±1,121	3,43±1,037	3,39±0,994
Entlassung	3,42±0,964	2,93±1,174	2,34±0,984	2,57±0,959
Katamnese	3,58±1,097	3,50±1,285	2,81±1,087	2,44±1,121

Aus Tabelle 6 geht hervor, dass es auch im selbsteingeschätzten seelischen Bereich den Frauen mit Mh. am schlechtesten geht. Sie unterscheiden sich zum Aufnahmezeitpunkt signifikant von den Frauen (U=686,5; Z=-3,419; p=0,001) und Männern ohne Mh. (U=389,5; Z=-3,178; p=0,001) sowie den Männern mit Mh. (U=341; Z=-3,541; p=0,001).

Zum Entlasszeitpunkt unterscheidet sich die Gruppe der Frauen mit Mh. nicht mehr von den Männern mit Mh. jedoch hochsignifikant von den Frauen (U=517; Z=-4,704; p=0,001) und signifikant von den Männern ohne Mh. (U=369; Z=-3,391; p<0,0001). Die Männer mit Mh. unterscheiden sich signifikant von den Frauen ohne Mh. (U=445; Z=-2,207; p=0,027).

Zum Katamnesezeitpunkt bleibt der Unterschied der Frauen mit Mh. im Vergleich zu den Frauen ohne Mh. signifikant ( $U=594,5$ ;  $Z=-3,049$ ;  $p=0,002$ ), zu den Männern ohne Mh. hochsignifikant ( $U=296,5$ ;  $Z=-3,748$ ;  $p<0,0001$ ). Es besteht kein signifikanter Unterschied zwischen den Frauen und Männern mit Mh. Die Männer mit Mh. unterscheiden sich zum Katamnesezeitpunkt ebenfalls signifikant von den Frauen ohne Mh. ( $U=302$ ;  $Z=-2,296$ ;  $p=0,022$ ) und signifikant von den Männern ohne Mh. ( $U=178$ ;  $Z=-2,861$ ;  $p=0,004$ ).

### **3.3.6 Selbsteinschätzung des seelischen Befindens im Längsschnitt**

Die Ergebnisse des Wilcoxon-Test bei verbundenen Stichproben zeigen, dass sich die Gruppe der Frauen mit Mh. ( $Z=-3,942$ ;  $p<0,0001$ ) ebenso wie die Gruppe der Frauen ( $Z=-4,762$ ;  $p<0,0001$ ) und Männer ohne Mh. ( $Z=-2,777$ ;  $p<0,0001$ ) im Vergleich von Aufnahme- und Entlasszeitpunkt hochsignifikant verbessert (siehe Abbildung 10). Die Männer mit Mh. sind die einzige Gruppe, die keine signifikante Verbesserung zum Entlasszeitpunkt aufweist. Zum Katamnesezeitpunkt zeigt sich eine Verschlechterung der Einschätzung der seelischen Symptomatik in allen Gruppen außer der Gruppe der Männer ohne Mh. Im Vergleich des Entlass- und Katamnesezustand der seelischen Befindlichkeit verschlechtern sich die Männer mit Mh. ( $Z=-2,516$ ;  $p=0,012$ ) signifikant. Trotz der Verschlechterung zum Katamnesezeitpunkt zeigt der Prä-Post-Vergleich vom Aufnahmezeitpunkt zur 3-Monats-Katamnese eine hochsignifikante Verbesserung in der Gruppe der Frauen mit Mh. ( $Z=-3,611$ ;  $p<0,0001$ ) und eine signifikante Verbesserung des seelischen Befindens bei den Männer ohne Mh. ( $Z=-1,761$ ;  $p=0,001$ ) sowie eine signifikante Verbesserung ( $Z=-3,016$ ;  $p=0,03$ ) ( $p=0,03$ ) in der Gruppe der Frauen ohne Mh. Die Gruppe der Männer mit Mh. zeigt wiederum als einzige Gruppe keine signifikante Verbesserung zum Entlasszeitpunkt mit einer weiteren Verschlechterung zum Katamnesezeitpunkt über den Ausgangswert. Die Verschlechterung wird im Prä-Post-Vergleich jedoch nicht signifikant.

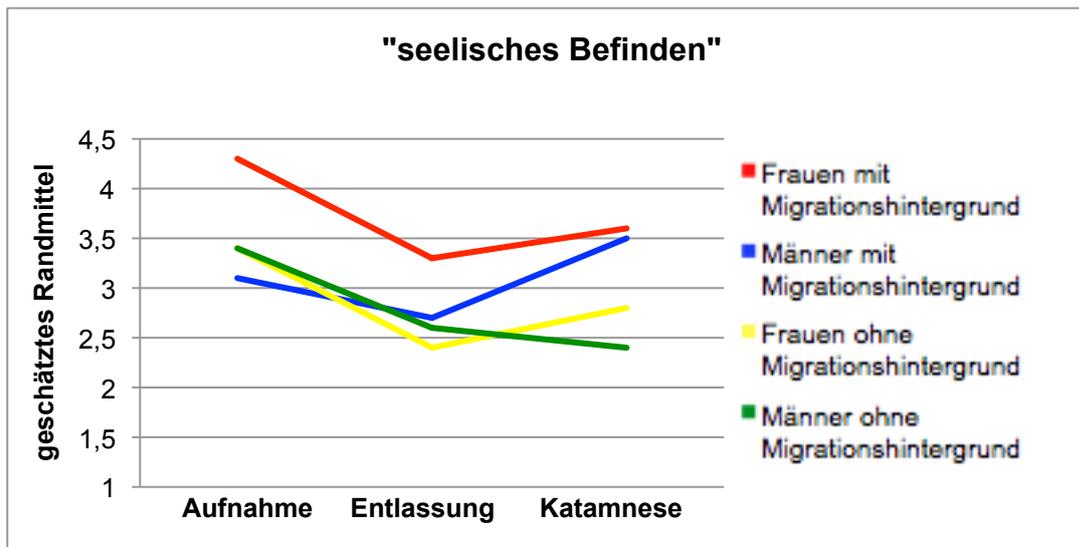


Abbildung 11: Verlauf des selbsteingeschätzten seelischen Befindens (1=sehr gut, 2=eher gut, 3=weder noch, 4=eher schlecht, 5=sehr schlecht)

### 3.3.7 Selbsteinschätzung des Allgemeinbefindens im Querschnitt

Tabelle 7: Vergleich bezüglich des selbsteingeschätzten Allgemeinbefindens im Querschnitt zwischen den Gruppen mit und ohne Migrationshintergrund (1=sehr gut, 2=eher gut, 3=weder noch, 4=eher schlecht, 5=sehr schlecht)

Zeitpunkt	Gruppe mit Migrationshintergrund	Gruppe ohne Migrationshintergrund	Signifikanz
Aufnahme	3,80±1,000	3,15±1,009	p<0,0001
Entlassung	3,21±0,949	2,24±0,956	p<0,0001
Katamnese	3,57±1,050	2,71±1,016	p<0,0001

Die Ergebnisse des U-Tests werden in Tabelle 7 dargestellt und zeigen, dass sich die Gruppen mit und ohne Mh. zum Aufnahme- (U=1801; Z= -3,948; p<0,0001), Entlass- (U=1353; Z= -5,706; p<0,0001) und Katamnesezeitpunkt (U=1336,5; Z=-4,603; p<0,0001) hochsignifikant voneinander unterscheiden. Den Pat. ohne Mh. geht es auch im Allgemeinbefinden signifikant besser als den Pat. mit Mh.

**Tabelle 8: Vergleich bezüglich des selbsteingeschätzten Allgemeinbefindens im Querschnitt zwischen den Gruppen mit und ohne Migrationshintergrund, differenziert nach Geschlecht (1=sehr gut, 2=eher gut, 3=weder noch, 4=eher schlecht, 5=sehr schlecht)**

Zeitpunkt	Gruppe mit Migrationshintergrund/ weiblich	Gruppe mit Migrationshintergrund/ männlich	Gruppe ohne Migrationshintergrund/ weiblich	Gruppe ohne Migrationshintergrund/ männlich
Aufnahme	4,10±0,831	3,26±1,059	3,34±1,048	2,82±0,863
Entlassung	3,31±0,949	3,04±0,940	2,21±0,977	2,29±0,937
Katamnese	3,53±1,014	3,62±1,135	2,79±1,001	2,59±1,047

Aus Tabelle 8 wird ersichtlich, dass es auch im selbsteingeschätzten Allgemeinbefinden den Frauen mit Mh. am schlechtesten geht. Sie unterscheiden sich auch in diesem Bereich zum Aufnahmezeitpunkt hochsignifikant von den Frauen (U=669; Z=-3,569; p<0,0001) und Männern ohne Mh. (U=214; Z=-5,122; p<0,0001). Die Männer mit Mh. fühlen sich zum Aufnahmezeitpunkt ebenfalls signifikant besser als die Frauen mit Mh. (U=356,5; Z=-3,399; p=0,001), unterscheiden sich nicht von den Pat. ohne Mh.

Zum Entlasszeitpunkt unterscheidet sich die Gruppe der Frauen mit Mh. nicht signifikant von den Männern mit Mh., jedoch hochsignifikant von den Frauen (U=495; Z= -4,891; p< 0,0001) und Männern ohne Mh. (U=306,5; Z= -4,093; p< 0,0001). Die Männer mit Mh. unterscheiden sich ebenfalls signifikant von den Männern (U=211; Z= -2,963; p=0,003) und Frauen ohne Mh. (U=340,5; Z=-3,450; p =0,001).

Zum Katamnesezeitpunkt bleibt der Unterschied der Frauen mit Mh. im Vergleich zu den Frauen ohne Mh. signifikant (U=580,5; Z=-3,211; p=0,001), zu den Männern ohne Mh. hochsignifikant (U=317,5; Z=-3,497; p<0,0001). Die Männer mit Mh. unterscheiden sich zum Katamnesezeitpunkt ebenfalls signifikant von den Frauen (U=277; Z=-3,133; p=0,002) und den Männern ohne Mh. (U=161,5; Z=-3,178; p=0,001).

### **3.3.8 Selbsteinschätzung des Allgemeinbefindens im Längsschnitt**

Die Analyse des Wilcoxon Tests bei verbundenen Stichproben zeigt, dass sich die Gruppe der Frauen mit Mh. (Z=-4,317; p<0,0001) ebenso wie die Gruppe der Frauen (Z=-4,791; p<0,0001) und Männer ohne Mh. (Z=-2,878; p<0,0001)

hochsignifikant im Vergleich des Aufnahme- und Entlasszeitpunktes verbessert. Die Gruppe der Männer mit Mh. zeigt wiederum als einzige Gruppe keine signifikante Verbesserung zum Entlasszeitpunkt. Zum Katamnesezeitpunkt zeigt sich eine Verschlechterung der Einschätzung des Allgemeinbefindens in allen Gruppen. Es gibt jedoch keine signifikanten Veränderungen. Trotz der Verschlechterung zum Katamnesezeitpunkt zeigt der Prä-Post-Vergleich vom Aufnahmezeitpunkt zur 3 Monats- Katamnese eine hochsignifikante Verbesserung in der Gruppe der Frauen mit Mh. ( $Z=-4,011$ ;  $p<0,0001$ ) sowie eine signifikante Verbesserung in der Gruppe der Frauen ohne Mh. ( $Z=-2,878$ ;  $p=0,011$ ). Bei den Männern mit und ohne Mh. gibt es keine signifikante Veränderung im Prä-Post Vergleich.

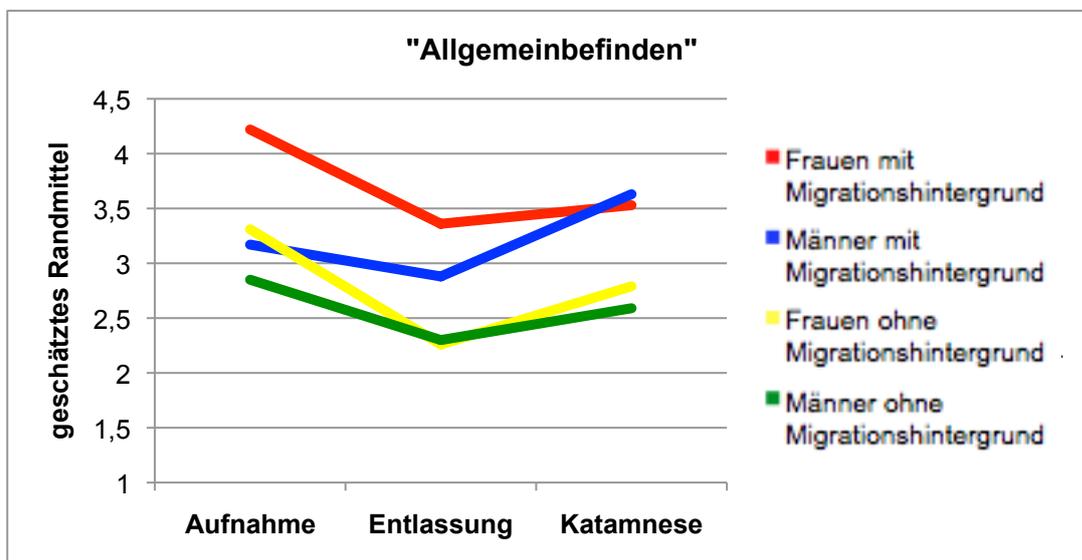


Abbildung 12: Verlauf des selbsteingeschätzten Allgemeinbefindens (1=sehr gut, 2=eher gut, 3=weder noch, 4=eher schlecht, 5=sehr schlecht)

Zusammenfassend ist festzustellen, dass es den Frauen mit Mh. in allen drei Bereichen zum Aufnahmezeitpunkt subjektiv am schlechtesten geht. Sie zeigen jedoch, wie die Pat. ohne Mh., eine signifikante Verbesserung ihrer Symptomatik zum Entlasszeitpunkt. Diese Verbesserung bleibt bei den Frauen mit Mh. trotz leichter Verschlechterung zum Katamnesezeitpunkt im Prä-Post-Vergleich signifikant. Frauen ohne Mh. verbessern sich im Prä-Post-Vergleich ebenfalls signifikant in den Bereichen Seele und Allgemeinbefinden, die Männer ohne Mh. im Bereich Seele. Im Querschnitt bleibt ein signifikanter Unterschied zwischen den Frauen mit und den Pat. ohne Mh. bestehen. Den Männern mit Mh. geht es zum

Aufnahmezeitpunkt subjektiv signifikant besser als den Frauen mit Mh., sie zeigen jedoch als einzige Gruppe keine signifikante Verbesserung in den drei beschriebenen Bereichen der subjektiven Einschätzung ihrer Symptomatik. Männer mit Mh. unterscheiden sich somit zum Entlass- und Katamnesezeitpunkt in vielen Einschätzungen im Querschnitt von den Pat. ohne Mh. bzw. der Unterschied zu den Frauen mit Mh. besteht zu diesen Zeitpunkten teilweise nicht mehr.

### 3.3.9 Vergleich der Problembereiche der Patienten zum Aufnahmezeitpunkt

**Tabelle 9: Problembereiche bei Aufnahme der Gruppen mit und ohne Migrationshintergrund, beantwortet mit „ja“ oder „nein“**

Problembereich	Gruppe mit Migrationshintergrund	Gruppe ohne Migrationshintergrund	Fisher Exact Test
Schwierigkeiten mit Familienangehörigkeiten*	37,3%	52%	p=0,050
Schwierigkeiten, Aufgaben im Beruf zu bewältigen *	84%	68%	p=0,011
Sinn- und Ziellosigkeitsgefühle*	57,3%	41,3%	p=0,024
Probleme mit Freunden oder Bekannten	12,3%	15,3%	p=0,405
Wenige Freunde oder Bekannte	32,4%	31,5%	p=0,500
Probleme mit Arbeitskollegen	21,5%	30,3%	p=0,098
Geringes Selbstwertgefühl	67,8%	68,2%	p=0,547
Gefühle von Erschöpfung	91,6%	90,4%	p=0,600
Gefühle von Angst	84,8%	74,1%	p=0,081
Gefühle von Depression	85,5%	69,5%	p=0,076
Gefühle von Ärger	69,3%	59,2%	p=0,117
Körperliches Problem	95,7%	89,3%	p=0,184
Alkohol- oder Drogenprobleme	0%	4,4%	p=0,122
Probleme mit dem Essen oder dem Gewicht	55,6%	46,7%	p=0,164

\* signifikante Unterschiede

Die Ergebnisse des exakten Fisher Tests werden in Tabelle 9 dargestellt. Es ist ersichtlich, dass Pat. ohne Mh. signifikant häufiger das Problem „Schwierigkeiten mit Familienangehörigen“ benennen als Pat. mit Mh. „Schwierigkeiten, Aufgaben im Beruf zu bewältigen“ sowie „Sinn- und Ziellosigkeitsgefühle“ zeigen sich signifikant häufiger bei Pat. mit Mh.

Keine signifikanten Unterschiede ergeben sich im Vergleich folgender Problembereiche: „Probleme mit Freunden oder Bekannten“, „wenige Freunde oder Bekannte“, „Probleme mit Arbeitskollegen“, „geringes Selbstwertgefühl“, „Gefühle von Erschöpfung“, „Gefühle von Angst“, „Gefühle von Depression“, „Gefühle von Ärger“, „Körperliches Problem“, „Alkohol- oder Drogenprobleme“,

„Probleme mit dem Essen oder dem Gewicht“. Wie aus Tabelle 9 ersichtlich, werden die Problembereiche „Erschöpfung“, „Angst“, „Depressionen“ und „körperliches Problem“ von über 80% der Gesamtpatientengruppe genannt. Pat. mit Mh. benennen insgesamt häufiger die dargestellten Problembereiche als Pat. ohne Mh.

**Tabelle 10: Problembereiche bei Aufnahme der Gruppen mit und ohne Migrationshintergrund, differenziert nach Geschlecht, beantwortet mit „ja“ oder „nein“**

Problembereich	Gruppe mit Migrationshintergrund/ weiblich	Gruppe mit Migrationshintergrund/ männlich	Gruppe ohne Migrationshintergrund/ weiblich	Gruppe ohne Migrationshintergrund/ männlich
Schwierigkeiten mit Familienangehörigen*	N=47 37,5%	N= 28 35,7%	N=47 56,2%	N=28 42,8%
Schwierigkeiten, Aufgaben im Beruf zu bewältigen*	91,4%	71,4%	71,4%	64%
Gefühle von Depression*	93,75%	67,8%	75%	71,4%
Sinn- und Ziellosigkeitsgefühle*	66,6%	39,2%	45,8%	32%
Probleme mit Freunden oder Bekannten	12,5%	11,1%	14,9%	14,3%
Wenige Freunde oder Bekannte	29,2%	37%	34%	25%
Probleme mit Arbeitskollegen	20,8%	22,2%	25,5%	32,9%
Geringes Selbstwertgefühl	70,8%	59,3%	63,8%	75%
Gefühle von Erschöpfung	95,8%	81,5%	93,6%	82,1%
Gefühle von Angst	91,7%	70,4%	70,2%	78,6%
Gefühle von Ärger	72,9%	63%	59,6%	57,1%
Körperliches Problem	97,9%	88,9%	89,4%	89,3%
Alkohol- oder Drogenprobleme	0%	0%	2,1%	7,1%
Probleme mit dem Essen oder dem Gewicht	62,5%	40,7%	51,1%	35,7%

\* signifikante Unterschiede

Wie aus Tabelle 10 ersichtlich, nennt die Gruppe der Frauen ohne Mh. im Vergleich zu den anderen Gruppen das Problem „Schwierigkeiten mit Familienmitgliedern“ am häufigsten. Es besteht ein signifikanter Unterschied zu den Frauen mit Mh. ( $p=0,041$ ), jedoch kein signifikanter Unterschied zu den Männern mit und ohne Mh. Die Männer und Frauen mit Mh. unterscheiden sich nicht signifikant von den Männern ohne Mh.

Der Problembereich „Schwierigkeiten, Aufgaben im Beruf zu bewältigen“ wird am häufigsten von den Frauen mit Mh. genannt. Sie unterscheiden sich signifikant von den Frauen ( $p=0,02$ ) und Männern ohne Mh. ( $p=0,026$ ) sowie ebenfalls von den Männern mit Mh. ( $p=0,048$ ). Diese wiederum unterscheiden sich nicht von den Pat. ohne Mh.

Frauen mit Mh. geben weiterhin am häufigsten an unter „Gefühlen von Depressionen“ zu leiden. Männer mit Mh. hingegen am seltensten (Interaktion Geschlecht x Gruppe). Frauen mit Mh. unterscheiden sich entsprechend signifikant von den Männern mit ( $p=0,009$ ) und ohne ( $p=0,011$ ) Mh. sowie von den Frauen ohne Mh. ( $p=0,018$ ).

„Sinn- und Ziellosigkeitsgefühle“ werden ebenfalls am häufigsten von Frauen mit Mh. bejaht, sie unterscheiden sich auch in diesem Bereich signifikant von den Frauen und Männern ohne Mh. ( $p=0,04$ ), jedoch nicht von den Männern mit Mh.

Frauen mit Mh. bejahen zu 98% das „körperliche Problem“, auch die anderen Gruppen bejahen diesen Problembereich sehr häufig. Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Frauen mit Mh. am häufigsten das Problem bejahen ihre Aufgaben bei der Arbeit nicht bewältigen zu können sowie unter Depressionen und Sinn- und Ziellosigkeitsgefühlen zu leiden. Der Unterschied zwischen den Gruppen mit und ohne Mh. wird signifikant. Männer mit Mh. unterscheiden sich nicht signifikant von der Gruppe ohne Mh., nennen den Bereich der Depressionen am seltensten.

Pat. ohne Mh., vor allem die Gruppe der Frauen ohne Mh., nennen den Problembereich „Schwierigkeiten mit Familienangehörigen“ signifikant häufiger als die Gruppe der Migranten.

### 3.3.10 Veränderung der Problembereiche im Querschnitt

Den Pat. wurde im Entlass- sowie Katamneseinterview noch einmal die im Aufnahmeinterview genannten Probleme vorgelesen und um eine Einschätzung einer möglichen Verbesserung im Vergleich zum Zeitpunkt der Aufnahme gebeten. Die Pat. wurden nicht befragt, ob noch weitere Probleme dazu gekommen sind (siehe Tabelle 11).

**Tabelle 11: Signifikante Unterschiede der Veränderung der Problembereiche zwischen den Gruppen mit und ohne Migrationshintergrund, differenziert nach Geschlecht (1=deutlich verbessert, 2=etwas verbessert, 3=unverändert, 4=etwas verschlechtert, 5=deutlich verschlechtert)**

Problembereich Zeitpunkt	Gruppe mit Migrations- hintergrund/ weiblich	Gruppe mit Migrations- hintergrund/ männlich	Gruppe ohne Migrations- hintergrund/ weiblich	Gruppe ohne Migrations- hintergrund/ männlich
Schwierigkeiten, Aufgaben im Beruf zu bewältigen <b>Entlassung</b> <b>Katamnese</b>	N=43  2,81±0,450 3,00±0,320	N=21  2,86±0,376 3,25±0,500	N=30  2,33±0,710 2,57±0,707	N=20  2,50±0,827 2,56±0,951
Geringes Selbstwertgefühl <b>Entlassung</b> <b>Katamnese</b>	N=33  2,70±0,585 2,93±0,530	N=16  2,75±0,577 2,80±0,676	N=28  2,00±0,667 2,27±0,778	N=19  2,53±0,772 2,29±0,920
Gefühle von Erschöpfung <b>Entlassung</b> <b>Katamnese</b>	N=45  2,52±0,695 2,82±0,724	N=20  2,56±0,754 3,06±0,659	N=45  1,82±0,860 2,28±0,847	N=22  1,91±0,971 2,24±0,889
Gefühle von Angst <b>Entlassung</b> <b>Katamnese</b>	N=44  2,84±0,428 2,74±0,790	N=20  2,75±0,639 2,76±0,664	N=33  2,24±0,751 2,32±0,983	N=21  2,24±0,889 2,45±0,887
Gefühle von Depressionen <b>Entlassung</b> <b>Katamnese</b>	N=45  2,58±0,690 2,77±0,812	N=19  2,53±0,612 2,88±0,719	N=37  1,86±0,787 2,19±0,946	N=19  2,21±0,918 2,20±0,894
Gefühle von Ärger <b>Entlassung</b> <b>Katamnese</b>	N=34  2,61±0,604 2,71±0,667	N=17  2,71±0,470 2,75±0,683	N=31  1,84±0,779 2,19±0,981	N=16  2,25±1,000 2,53±0,990
Körperliches Problem <b>Entlassung</b> <b>Katamnese</b>	N=46  2,65±0,604 3,12±0,731	N=23  2,83±0,576 3,24±0,768	N=42  2,12±0,803 2,43±0,959	N=24  1,96±0,806 2,54±1,062

Sinn- und Ziellosigkeitsgefühle	N=28	N=9	N=19	N=9
<b>Entlassung</b>	2,68±0,612	2,56±0,527	2,16±0,765	2,11±0,782
<b>Katamnese</b>	2,71±0,809	2,66±1,000	2,42±0,870	2,28±1,110

Wie aus Tabelle 11 ersichtlich bewerten Frauen ohne Mh. zum Entlasszeitpunkt die Veränderung ihrer Schwierigkeit „Aufgaben im Beruf zu bewältigen“ als „etwas verbessert“, während die anderen Gruppen dieses Problem als „unverändert“ bewerten. Der U-Test zeigt, dass sich die Frauen ohne Mh. zu diesem Zeitpunkt hochsignifikant von den Frauen (U=400; Z=-3,372; p<0,0001) und signifikant von den Männern (U=186; Z=-2,895; p=0,004) mit Mh. unterscheiden.

Zum Katamnesezeitpunkt gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen in der Einschätzung der Verbesserung der Bewältigung ihrer Arbeit im Vergleich zum Aufnahmezeitpunkt. Es gibt insgesamt eine Verschlechterung der Bewertung dieses Bereichs in allen Gruppen, diese wird jedoch nicht signifikant.

Die Gruppe der Frauen ohne Mh. ist auch bei dem Problem „Selbstwertgefühl“ die einzige Gruppe, die zum Entlasszeitpunkt eine leichte Verbesserung im Vergleich zum Aufnahmezeitpunkt berichtet. Sie unterscheiden sich wiederum hochsignifikant von den Frauen mit Mh. (U=217; Z=-3,372; p<0,0001) und signifikant von den Männern mit (U=100; Z=-3,299; p=0,001) und ohne (U=175; Z=-2,223; p=0,026) Mh. Diese Gruppen bewerten das Problem „Selbstwertgefühl“ im Mittel als „unverändert“.

Zum Katamnesezeitpunkt bleibt ein signifikanter Unterschied zwischen den Frauen ohne und den Frauen mit Mh. (U=197; Z=-3,370; p=0,001) bestehen. Trotz Verschlechterung der Werte in diesen Gruppen bleibt die Bewertung im Vergleich zum Entlasszeitpunkt unverändert („keine Veränderung“ bzw. „leichte Verbesserung“). Die Gruppe der Männer ohne Mh. unterscheidet sich zum Katamnesezeitpunkt signifikant von den Frauen und Männern mit Mh. (U=148,5; Z=-2,553; p=0,011) und berichtet im Mittel eine „etwas Verbesserung“ in diesem Problembereich.

Die Verbesserung der „Gefühle von Erschöpfung“ zum Entlasszeitpunkt wird erneut von den Frauen ohne Mh. am positivsten eingeschätzt mit einem hochsignifikanten Unterschied zu den Frauen (U=571; Z=-3,793; p<0,0001) und

Männern ( $U=279$ ;  $Z=-2,572$ ;  $p=0,01$ ) mit Mh. Auch die Gruppe der Männer ohne Mh. unterscheidet sich signifikant von den Frauen mit Mh. ( $U=316,5$ ;  $Z=-2,585$ ;  $p=0,01$ ), jedoch nicht von den Männern mit Mh. Die Frauen und Männer ohne Mh. sehen eine „leichte Verbesserung“ in diesem Problembereich, während die Frauen und Männer mit Mh. im Mittel keine Veränderung berichten.

Zum Katamnesezeitpunkt bleibt der signifikante Unterschied zwischen den Frauen ohne und den Frauen ( $U=570$ ;  $Z=-1,802$ ;  $p=0,003$ ) und Männern ( $U=172,5$ ;  $Z=-3,114$ ;  $p=0,002$ ) mit Mh. bestehen. Es besteht kein signifikanter Unterschied mehr zwischen den Männern ohne und den Frauen mit Mh. Trotz der Verschlechterung der Mittelwerte bleibt die Bewertung inhaltlich auch in diesem Bereich im Vergleich zum Aufnahmezeitpunkt unverändert („unverändert“ bzw. „etwas verbessert“).

Die Gruppe der Frauen und Männer ohne Mh. schätzen die Verbesserung bzgl. ihrer Ängste zum Entlasszeitpunkt als „leicht verbessert“ ein. Sie unterscheiden sich hochsignifikant von den Frauen ( $U=398,5$ ;  $Z=-4,092$ ;  $p<0,0001$ ) und signifikant von den Männern mit Mh. ( $U=210$ ;  $Z=-2,435$ ;  $p=0,015$ ). Die Frauen und Männer mit Mh. bewerten das Problem „Ängste“ als unverändert.

Zum Katamnesezeitpunkt gibt es keine signifikanten Unterschiede mehr zwischen den Gruppen. Inhaltlich gibt es auch in diesem Bereich im Vergleich zum Aufnahmezeitpunkt keine Veränderung („unverändert“ bzw. „etwas verbessert“).

Auch der Problembereich „Gefühle von Depressionen“ wird einmal mehr zum Entlasszeitpunkt von den Frauen ohne Mh. am positivsten bewertet. Sie unterscheiden sich hochsignifikant von den Frauen ( $U=433,5$ ;  $Z=-4,034$ ;  $p<0,0001$ ) und signifikant von den Männern ( $U=303,5$ ;  $Z=-2,023$ ;  $p=0,043$ ) mit Mh. und berichten „etwas Verbesserung“. Die Männer ohne Mh. unterscheiden sich nicht signifikant von den Gruppen, berichten im Mittel „etwas Verbesserung“ dieses Problembereichs wohingegen die Frauen und Männer mit Mh. diesen Bereich als „unverändert“ bewerten.

Der signifikante Unterschied der Frauen ohne Mh. zu den Frauen ( $U=437$ ;  $Z=-2,647$ ;  $p=0,008$ ) und Männern ( $U=141$ ;  $Z=-2,533$ ;  $p=0,011$ ) mit Mh. bleibt auch zum Katamnesezeitpunkt signifikant. Auch die Männer ohne Mh. bewerten die Verbesserung der depressiven Gefühle signifikant besser als die Frauen ( $U=274$ ;  $Z=-2,440$ ;  $p=0,015$ ) mit Mh. Inhaltlich gibt es auch in diesem Bereich im Vergleich

zum Aufnahmezeitpunkt keine Veränderung („unverändert“ bzw. „etwas verbessert“).

Frauen ohne Mh. bewerten auch die Verbesserung der Gefühle von Ärger hochsignifikant positiver als Frauen (U=247,5; Z=-3,963;  $p<0,0001$ ) und Männer (U=107; Z=-3,664;  $p<0,0001$ ) mit Mh. Die Männer ohne Mh. unterscheiden sich wiederum nicht signifikant von der Migrantengruppe. Inhaltlich bewerten die Frauen und Männer jedoch diesen Problembereich beide als „etwas verbessert“ wohingegen die Migrantengruppe keine Veränderung berichtet.

Zum Katamnesezeitpunkt besteht weiterhin ein signifikanter Unterschied zwischen den Frauen ohne und den Frauen mit Mh. (U=314; Z=-2,205;  $p=0,027$ ). Es besteht kein signifikanter Unterschied mehr zu den Männern mit Mh. und auch sonst kein weiterer signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen. Allein die Frauen ohne Mh. sehen diesen Problembereich auch zum Katamnesezeitpunkt als „etwas verbessert“, die anderen Gruppen bewerten diesen Problembereich als „unverändert“.

Bei der Einschätzung der Verbesserung des „körperlichen Problems“ zum Entlasszeitpunkt schätzen die Männer ohne Mh. die Verbesserung am positivsten ein. Sie unterscheiden sich hochsignifikant von den Frauen (U=270,5; Z=-3,852;  $p<0,0001$ ) und Männern mit Mh. (U=112; Z=-3,732;  $p<0,0001$ ). Auch die Frauen ohne Mh. unterscheiden sich signifikant von den Frauen (U=608,5; Z=-3,338;  $p=0,001$ ) und hochsignifikant von den Männern mit Mh. (U=261; Z=-3,297;  $p<0,0001$ ). Die Gruppe ohne Mh. sieht das körperliche Problem „etwas verbessert“, wohingegen die Gruppe mit Mh. diesen Bereich als „unverändert“ beschreibt.

Zum Katamnesezeitpunkt bleibt ein signifikanter Unterschied zwischen den Frauen ohne und Frauen (U=505,5; Z=-3,172;  $p=0,002$ ) und Männern mit Mh. (U=221,5; Z=-2,929;  $p=0,003$ ) sowie den Männern ohne und den Frauen (U=321,5; Z=-2,878;  $p=0,004$ ) und Männern mit Mh. (U=145; Z=-2,611;  $p=0,009$ ) bestehen. Inhaltlich jedoch bewerten allein die Frauen ohne Mh. diesen Problembereich auch zum Katamnesezeitpunkt als „etwas verbessert“, die anderen Gruppen sehen diesen Problembereich als „unverändert“.

Bei der Verbesserung der Sinn- und Ziellosigkeitsgefühle schätzen ebenfalls die Männer ohne Mh. die Verbesserung zum Entlasszeitpunkt am positivsten ein und unterscheiden sich signifikant von den Frauen mit Mh. ( $U=321,5$ ;  $Z=-2,878$ ;  $p=0,004$ ). Auch die Frauen ohne Mh. unterscheiden sich signifikant von den Frauen mit Mh. ( $U=162,5$ ;  $Z=-2,564$ ;  $p<0,0001$ ). Es gibt keinen signifikanten Unterschied zu den Männern mit Mh. Inhaltlich bewertet die Gruppe ohne Mh. diesen Problembereich als „etwas verbessert“, während die Gruppe der Migranten keine Veränderung berichtet.

Zum Katamnesezeitpunkt gibt es keine signifikanten Unterschiede mehr zwischen den Gruppen, inhaltlich gibt es keine Veränderung zum Entlasszeitpunkt. („unverändert“ bzw. „etwas verbessert“).

Zusammenfassend ist festzustellen, dass zum Entlasszeitpunkt die Gruppe der Frauen ohne Mh. in den meisten Bereichen (Aufgaben im Beruf bewältigen, Selbstwert, Erschöpfung, Ängste, Depressionen, Ärger) über „etwas Verbesserung“ der Problembereiche berichtet und sich somit signifikant von den Frauen und Männern mit Mh. unterscheidet. Diese sehen in keinem Bereich eine Veränderung ihres Problems. Die Gruppe der Männer ohne Mh. unterscheidet sich in weniger Bereichen signifikant von der Migrationsgruppe (Ängste, Sinn- und Ziellosigkeitsgefühle) Inhaltlich bewerten sie jedoch auch viele Problembereiche als „etwas verbessert“.

Zum Katamnesezeitpunkt bleiben die Unterschiede, die es im zum Entlasszeitpunkt gab, überwiegend bestehen. Auffällig ist der Bereich der Depressionen, der von den Männern mit Mh. zum Katamnesezeitpunkt hinsichtlich der Veränderung noch negativer eingeschätzt wird als zum Entlasszeitpunkt, inhaltlich bleibt die Bewertung dieses Problem als „unverändert“ jedoch bestehen.

### **3.3.11 Selbsteinschätzung der Verbesserung der Problembereiche im Längsschnitt (Prä-Postvergleich)**

Im folgenden werden nur die Problembereiche dargestellt, in denen die Analyse des Wilcoxon-Tests für verbundene Stichproben signifikante Veränderungen innerhalb der Gruppen vom Prä (Entlassinterview)- zum Postzeitpunkt (Katamnese) ergibt.

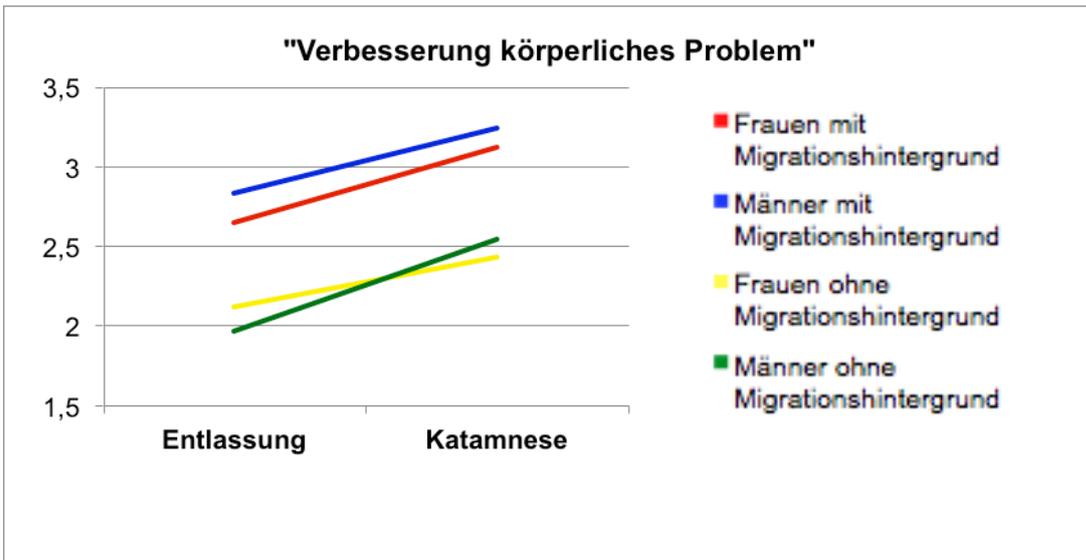


Abbildung 13: Verlauf der selbsteingeschätzten Verbesserung des Problembereichs „Körperliches Problem“ (1=deutlich verbessert, 2=etwas verbessert, 3=unverändert, 4=etwas verschlechtert, 5=deutlich verschlechtert)

In allen Gruppen gibt es, wie in Abbildung 13 verdeutlicht, eine signifikante Verschlechterung der Einschätzung der Veränderung des körperlichen Problems: Frauen mit Mh.:  $Z=-3,139$ ;  $p=0,002$ ; Männer mit Mh.:  $Z=-1,999$ ;  $p=0,046$ ; Frauen ohne Mh.:  $Z=-1,964$ ;  $p=0,024$ ; Männer ohne Mh.:  $Z=-2,841$ ;  $p=0,005$ .

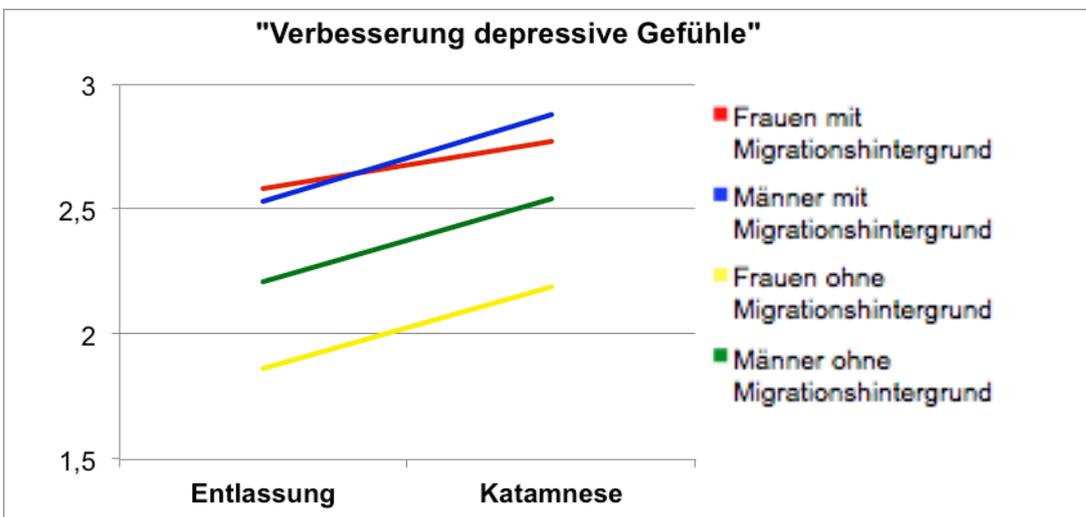


Abbildung 14: Verlauf der selbsteingeschätzten Verbesserung des Problembereichs „Gefühle von Depressionen“ (1=deutlich verbessert, 2=etwas verbessert, 3=unverändert, 4=etwas verschlechtert, 5=deutlich verschlechtert)

Männer mit ( $Z=-2,111$ ;  $p=0,035$ ) und Frauen ohne Mh. ( $Z=-2,265$ ;  $p=0,024$ ) verschlechtern sich vom Entlass- zum Katamnesezeitpunkt signifikant in der

Einschätzung der Veränderung ihrer depressiven Symptomatik (siehe Abbildung 14).

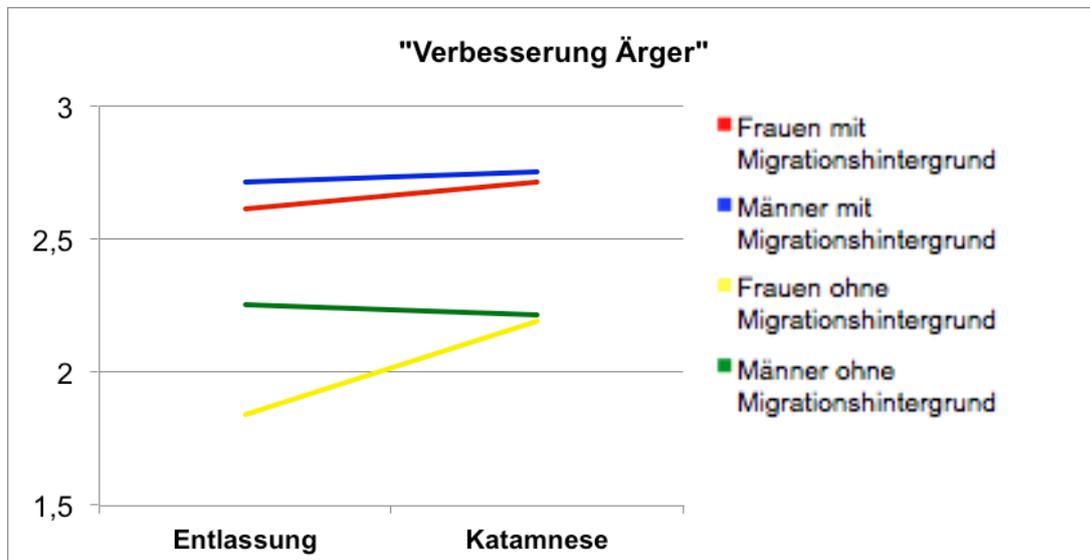


Abbildung 15: Verlauf der selbsteingeschätzten Verbesserung des Problembereichs „Gefühle von Ärger“ (1=deutlich verbessert, 2=etwas verbessert, 3=unverändert, 4=etwas verschlechtert, 5=deutlich verschlechtert)

Frauen ohne Mh. verändern sich als einzige Gruppe signifikant ( $Z=-2,95$ ;  $p=0,022$ ) in ihrer Einschätzung und schätzen die Verbesserung des Ärgergefühls negativer ein.

Die Gruppe der Frauen ohne Mh. verschlechtert sich in allen drei Bereichen (körperliches Problem, Depressionen und Ärger) signifikant in ihrer Einschätzung der Problemveränderung im Vergleich zum Entlasszeitpunkt, sie zeigen dabei die positivste Bewertung in diesen Bereichen zum Entlasszeitpunkt. Männer mit Mh. verschlechtern sich in ihrer Einschätzung im Problembereich „Gefühle von Depressionen“. Sie schätzen sich zum Katamnesezeitpunkt schlechter ein als die Frauen mit Mh. und verschlechtern sich in ihrer Einschätzung signifikant im Vergleich zum Entlasszeitpunkt. Dieses Ergebnis findet sich ebenfalls in der Einschätzung des seelischen Befindens (s.o.) wieder.

### 3.3.12 Funktionsbeeinträchtigung der Patienten im Querschnitt

In folgenden Vergleichen der Funktionsbeeinträchtigungen über beide Gruppen ergeben sich signifikante Unterschiede:

**Tabelle 12: Signifikante Unterschiede der Funktionsbeeinträchtigung zwischen den Gruppen mit und ohne Migrationshintergrund (1=kein Problem, 2=leichtes Problem, 3=mäßiges Problem, 4=erhebliches Problem, 5=volles Problem)**

Funktionsbeeinträchtigung Zeitpunkt	Gruppe mit Migrationshintergrund	Gruppe ohne Migrationshintergrund	Signifikanz
„Können Sie Ihre Aufgaben zuhause schaffen?“ <b>Aufnahme</b>	2,83±1,622	2,17±1,329	p=0,009
<b>Katamnese</b>	2,94±1,533	1,81±1,222	p<0,0001
„Können Sie Ihre Aufgaben bei der Arbeit schaffen?“ <b>Aufnahme</b>	3,61±1,515	2,59±1,516	p<0,0001
<b>Katamnese</b>	3,84±1,333	2,41±1,511	p<0,0001

In Tabelle 12 werden die Ergebnisse der Analyse des U-Tests dargestellt. Es wird ersichtlich, dass sich die Gruppe mit Mh. zum Aufnahmezeitpunkt signifikant beeinträchtigt in den Bereichen „Aufgaben zuhause schaffen“ (U=1678,5; Z=-2,608; p=0,009) und hochsignifikant beeinträchtigt in der Variable „Aufgaben bei der Arbeit schaffen“ (U=1317,5; Z=-4,143; p<0,0001) einschätzt. Diese Unterschiede bleiben auch zum Katamnesezeitpunkt bestehen. „Aufgaben zuhause schaffen“: U=579,5; Z=-3,486; p<0,0001; „Aufgaben bei der Arbeit schaffen“: U=475,5; Z=-3,527; p<0,0001.

**Tabelle 13: Funktionsbeeinträchtigungen zwischen den Gruppen mit und ohne Migrationshintergrund, differenziert nach Geschlecht (1=kein Problem, 2=leichtes Problem, 3=mäßiges Problem, 4=erhebliches Problem, 5=volles Problem)**

Funktionsbeeinträchtigung Zeitpunkt	Gruppe mit Migrationshintergrund/ weiblich	Gruppe mit Migrationshintergrund/ männlich	Gruppe ohne Migrationshintergrund/ weiblich	Gruppe ohne Migrationshintergrund/ männlich
„Können Sie Ihre Aufgaben zuhause schaffen?“* <b>Aufnahme</b> <b>Katamnese</b>	3,17±1,534 3,22±1,396	2,22±1,625 2,42±1,666	2,23±1,386 1,80±1,181	2,07±1,245 1,81±1,302
„Können Sie Ihre Aufgaben bei der Arbeit schaffen?“* <b>Aufnahme</b> <b>Katamnese</b>	3,83±1,404 4,09±1,235	3,22±1,649 3,35±1,402	2,46±1,516 2,39±1,476	2,82±1,517 2,55±1,595
„Können Sie an Verabredungen mit Menschen teilnehmen?“* <b>Aufnahme</b> <b>Katamnese</b>	2,29±1,611 2,47±1,392	1,96±1,506 2,42±1,558	1,83±1,388 1,85±1,494	1,39±0,956 1,54±1,140
„Können Sie an Feiern mit vielen Menschen teilnehmen?“* <b>Aufnahme</b> <b>Katamnese</b>	3,00±1,624 3,04±1,551	2,48±1,762 2,12±1,624	2,30±1,654 2,12±1,620	2,68±1,744 2,07±1,358
„Können Sie sich anpassen, wenn Sie mit anderen zusammen sind?“ <b>Aufnahme</b> <b>Katamnese</b>	1,13±0,448 1,05±0,302	1,26±0,594 1,26±0,619	1,00±0,000 1,00±0,000	1,00±0,000 1,00±0,000

„Können Sie einfache Texte auf deutsch lesen und verstehen?“				
<b>Aufnahme</b>	1,15±0,505	1,19±0,396	1,00±0,000	1,00±0,000
<b>Katamnese</b>	1,09±0,358	1,21±0,509	1,00±0,000	1,00±0,000
„Können Sie Beziehungen zu Bekannten und Freunden pflegen?“				
<b>Aufnahme</b>	2,51±1,525	2,52±1,781	2,89±1,645	2,51±1,371
<b>Katamnese</b>	2,64±1,510	2,58±1,558	2,60±1,582	2,63±1,439
„Können Sie sich körperlich fit halten?“				
<b>Aufnahme</b>	2,75±1,781	2,74±1,559	2,64±1,687	2,51±1,663
<b>Katamnese</b>	2,32±1,574	2,33±1,786	2,00±1,585	1,88±1,395
„Können Sie eine Liebesbeziehung führen?“				
<b>Aufnahme</b>	2,33±1,667	2,01±1,552	2,43±1,791	2,32±1,722
<b>Katamnese</b>	2,31±1,690	1,53±0,816	2,00±1,683	1,65±1,413

\*signifikante Unterschiede

Wie aus Tabelle 13 ersichtlich fühlen sich Frauen mit Mh. bei der „Bewältigung ihrer Aufgaben zuhause“ am stärksten beeinträchtigt und geben an, dort ein „mäßiges Problem“ zu haben. Sie unterscheiden sich signifikant zum Aufnahmezeitpunkt von den Männern mit (U=342,5; Z=-2,228; p=0,026) und ohne Mh. (U=401,5; Z=-2,993; p=0,003) sowie von den Frauen ohne Mh. (U=739,5; Z=-2,983; p=0,003). Diese Unterschiede bleiben auch zum Katamnesezeitpunkt bestehen. Die Frauen mit Mh. unterscheiden sich signifikant von den Männern mit (U=385; Z=-2,000; p=0,046) und hochsignifikant ohne Mh. (U=287; Z=-3,848; p<0,0001) sowie hochsignifikant von den Frauen ohne Mh. (U=409; Z=-4,481; p<0,0001).

Frauen mit Mh. bewerten die „Bewältigung ihrer Arbeit“ als „erhebliches Problem“. Sie unterscheiden sich hochsignifikant von den Frauen ohne Mh. (U=563,5; Z=-4,217; p<0,0001) und signifikant von den Männern ohne Mh. (U=416; Z=-2,865; p=0,004). Während sich die Frauen ohne Mh. in diesem Bereich nur „leicht“ beeinträchtigt fühlen, bewerten die Männer ohne Mh. diesen Bereich, ebenso wie

die Männer mit Mh. als „mäßiges Problem“. Männer mit Mh. unterscheiden sich statistisch einzig von den Frauen ohne Mh. ( $U=454$ ;  $Z=-1,979$ ;  $p=0,048$ ), die sich zum Aufnahme- wie Katamnesezeitpunkt in diesem Bereich am wenigsten eingeschränkt fühlen. Die signifikanten Unterschiede zwischen den Frauen mit Mh. und den Frauen ( $U=321,5$ ;  $Z=-4,712$ ;  $p<0,0001$ ) und Männern ohne Mh. ( $U=223,5$ ;  $Z=-3,731$ ;  $p<0,0001$ ) bleiben auch zum Katamnesezeitpunkt bestehen. Es besteht kein signifikanter Unterschied mehr zwischen den Frauen ohne Mh. und Männern mit Mh.

Bei der Funktionsbeeinträchtigung „an Verabredungen teilnehmen“ unterscheiden sich zum Aufnahmezeitpunkt Frauen mit Mh. signifikant von den Männern ohne Mh. ( $U=465,5$ ;  $Z=-2,554$ ;  $p=0,011$ ). Die Gruppe der Männer ohne Mh. bewertet diesen Bereich als einzige Gruppe als „nicht problematisch“ während die anderen Gruppen diesen Bereich als „leicht problematisch“ bewerten.

Zum Katamnesezeitpunkt bleibt der signifikante Unterschied zwischen den Frauen mit und den Männern ohne Mh. bestehen ( $U=343,5$ ;  $Z=-3,095$ ;  $p=0,002$ ). Zudem gibt es einen signifikanten Unterschied zwischen den Männern mit und ohne Mh. ( $U=212$ ;  $Z=-2,200$ ;  $p=0,028$ ). Inhaltlich bewerten jedoch alle Gruppen diesen Bereich als „leicht problematisch“.

Das „Feiern mit vielen Menschen“ bewerten Frauen mit Mh. als „mäßiges Problem“ und unterscheiden sich zum Aufnahmezeitpunkt signifikant von den Frauen ohne Mh. ( $U=860,5$ ;  $Z=-2,096$ ;  $p<0,036$ ) die, ebenso wie die Männer mit Mh., diesen Bereich als „leicht problematisch“ bewerten. Die Gruppe der Männer ohne Mh. bewertet diesen Bereich ebenfalls als „mäßig problematisch“.

Zum Katamnesezeitpunkt bleibt der signifikante Unterschied zwischen den Frauen mit Mh. und den Frauen ohne Mh. ( $U=594$ ;  $Z=-2,827$ ;  $p=0,05$ ) bestehen. Während die Frauen mit Mh. diesen Bereich weiterhin als „mäßig problematisch“ bewertet, fühlen sich die anderen Gruppen nur „leicht“ beeinträchtigt.

Keine signifikanten Unterschiede gibt es in den Bereichen: „Anpassen, wenn ich mit anderen zusammen bin“, „Deutsche Texte lesen und verstehen“, „Beziehungen zu Bekannten und Freunden pflegen“, „Körperlich fit halten“, „Liebesbeziehung/Partnerschaft führen“. In den ersten beiden Bereichen geben

alle Gruppen zum Aufnahme- wie auch Katamnesezeitpunkt an, „kein Problem“ zu haben. „Beziehungen zu Bekannten und Freunden pflegen“ ist für die Gruppen zu beiden Befragungszeitpunkten ein „mäßiges Problem“. „Körperlich fit halten“ ist für die Gruppen zum Aufnahmezeitpunkt ein „mäßiges“, zum Katamnesezeitpunkt ein „leichtes Problem“. Eine „Liebesbeziehung/Partnerschaft zu führen“ bedeutet für die Gruppen ein „leichtes Problem“.

Zusammenfassend fällt auf, dass sich die Frauen mit Mh. auch in den in der Tabelle dargestellten Funktionsbereichen am stärksten beeinträchtigt fühlen („Aufgaben zuhause und bei der Arbeit schaffen“, „an Verabredungen und Feiern teilnehmen“). Männer mit Mh. fühlen sich bei der Bewältigung ihrer Arbeit ebenfalls stärker beeinträchtigt als vor allem die Gruppe der Frauen ohne Mh., die sich in diesem Bereich am wenigsten beeinträchtigt fühlen.

### 3.3.13 Funktionsbeeinträchtigung der Patienten im Längsschnitt

Im folgenden werden nur die Funktionsbeeinträchtigungen dargestellt, in denen die Analyse des Wilcoxon Tests für abhängige Stichproben innerhalb der Gruppen signifikante Veränderungen vom Prä (Aufnahmezeitpunkt)- zum Postzeitpunkt (Katamnesezeitpunkt) ergibt.

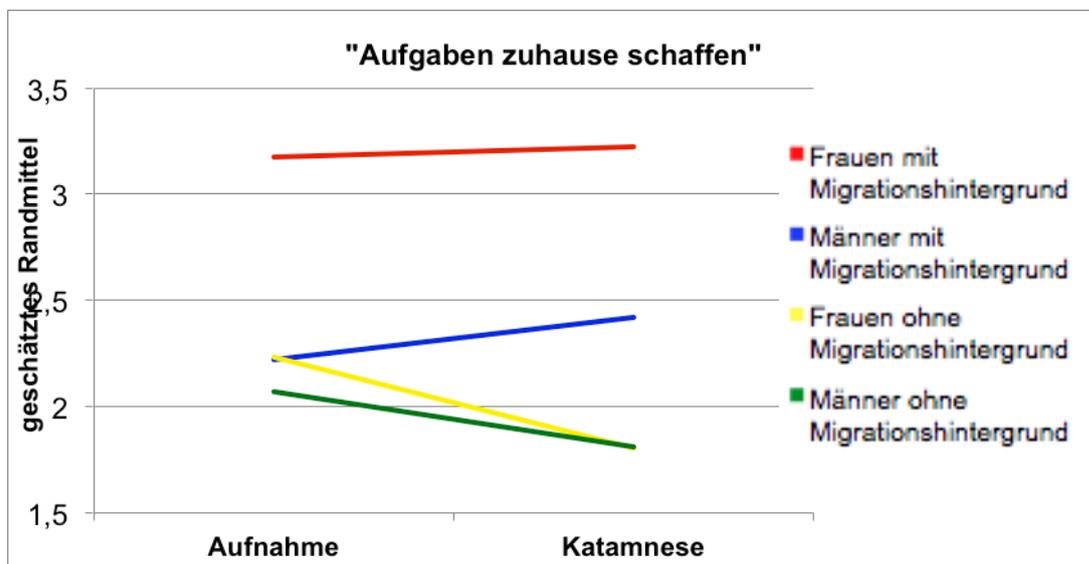


Abbildung 16: Verlauf der selbsteingeschätzten Funktionsbeeinträchtigung „Aufgaben zuhause bewältigen“ (1=kein Problem, 2=leichtes Problem, 3=mäßiges Problem, 4=erhebliches Problem, 5=volles Problem)

Die Gruppe der Frauen ohne Mh. verbessert sich signifikant im Bereich „Aufgaben zuhause schaffen“ vom Prä- zum Postzeitpunkt ( $Z=-2,393$ ;  $p=0,017$ ) (siehe Abbildung 16).

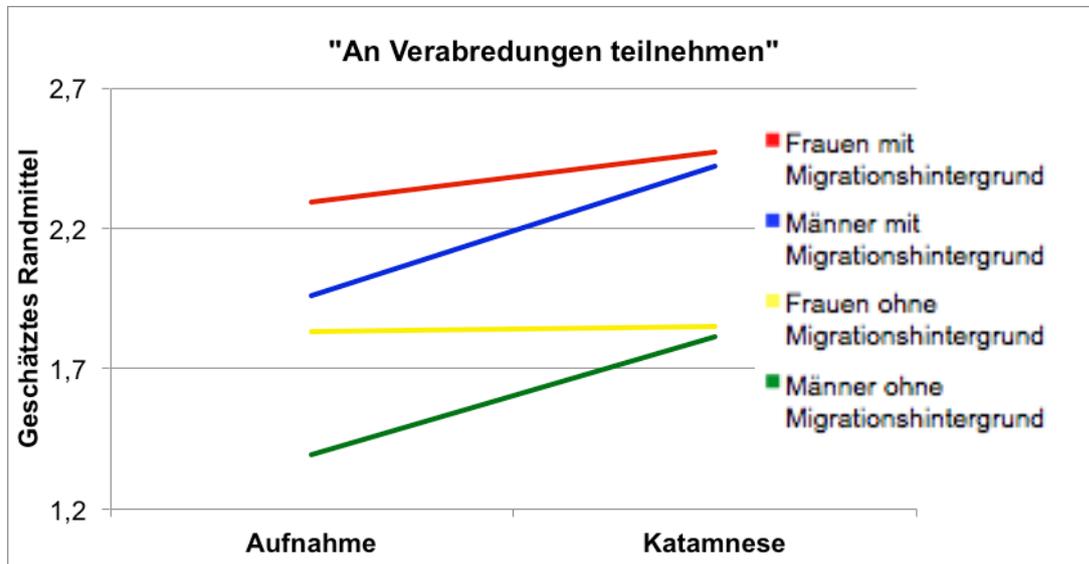


Abbildung 17: Verlauf der selbsteingeschätzten Funktionsbeeinträchtigung „an Verabredungen teilnehmen“ (1=kein Problem, 2=leichtes Problem, 3=mäßiges Problem, 4=erhebliches Problem, 5=volles Problem)

Abbildung 17 zeigt, dass es in fast allen Gruppen eine leichte Verschlechterung im Bereich „An Verabredungen teilnehmen“ zum Katamnesezeitpunkt gibt. Die einzige signifikant negative Veränderung gibt es jedoch bei den Männer mit Mh. ( $Z=-2,625$ ;  $p=0,009$ ).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass es hinsichtlich der Funktionsbeeinträchtigungen keine signifikanten Verbesserungen vom Aufnahme- zum Katamnesezeitpunkt gibt. Männer mit Mh. verschlechtern sich in den dargestellten zwei Funktionsbeeinträchtigungen („Aufgaben zuhause schaffen“, „an Verabredungen teilnehmen“) im Vergleich zur Aufnahme.

### 3.3.14 Unterschiede in der Sozialmedizin zum Zeitpunkt der Aufnahme

Der exakte Test nach Fisher zeigt keinen signifikanten Unterschied zwischen der Gruppe mit und ohne Mh. in der Variable „Existenz eines Arbeitsplatzes“. 56,3% der Frauen mit Mh., 60,9% der Männer mit Mh., 66% der Frauen ohne Mh. und 57,1% der Männer ohne Mh. haben zum Aufnahmezeitpunkt einen Arbeitsplatz.

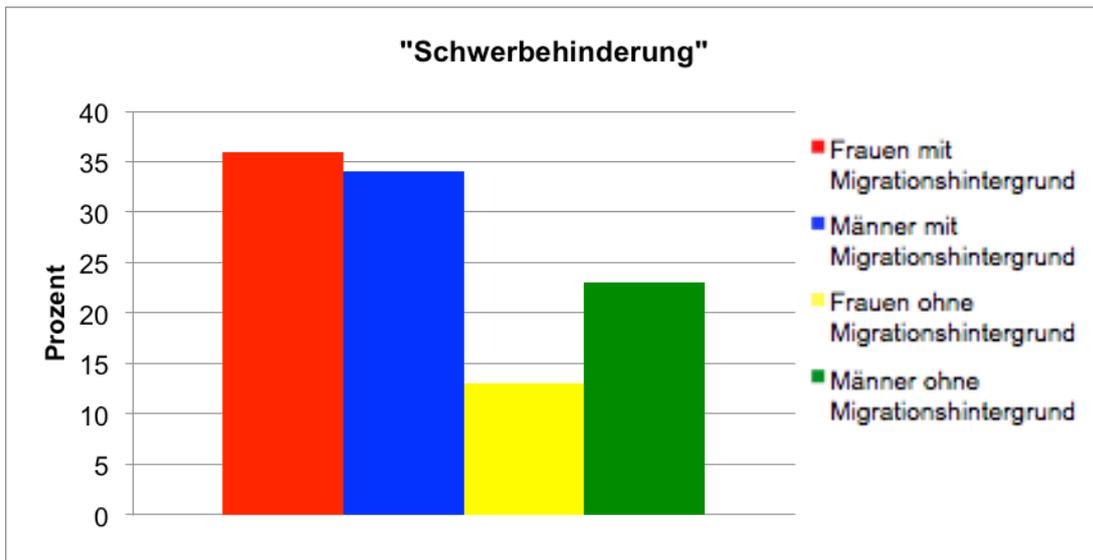
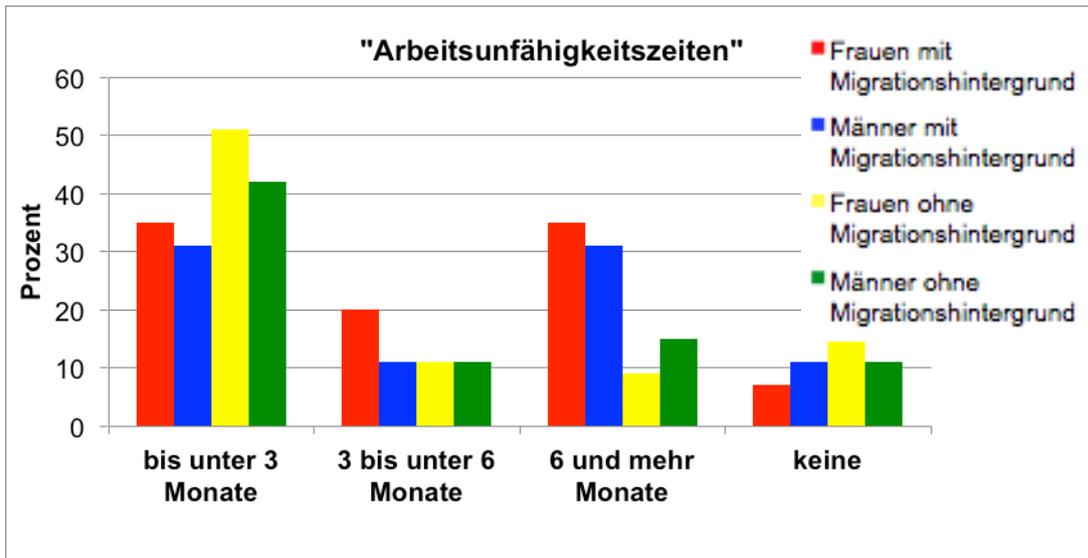


Abbildung 18: Vorliegen einer Schwerbehinderung zum Aufnahmezeitpunkt

Wie aus Abbildung 18 ersichtlich, weisen Frauen mit Mh. zum Aufnahmezeitpunkt am häufigsten eine Behinderung auf. Der exakte Test nach Fisher zeigt einen signifikanten Unterschied zwischen den Frauen ohne Mh., die am seltensten eine Behinderung haben und den Frauen mit Mh. ( $p=0,042$ ).

Im Vergleich der Gruppen miteinander (mit und ohne Mh.) zeigt sich ebenfalls ein signifikanter Unterschied ( $p=0,043$ ).



**Abbildung 19: Arbeitsunfähigkeitszeiten in den letzten 12 Monaten vor Aufnahme**

Abbildung 19 zeigt, dass Frauen mit Mh. am längsten krank geschrieben sind. Der U-Test ergibt einen signifikanten Unterschied zwischen den Frauen ohne und Frauen mit Mh. ( $U=795$ ;  $Z=-2,002$ ;  $p=0,045$ ) Im Vergleich der Gruppen mit und ohne Mh. gibt es ebenfalls einen signifikanten Unterschied ( $U=2049,5$ ;  $Z=-2,137$ ;  $p=0,033$ ).

Es ergibt sich zum Zeitpunkt der Aufnahme kein signifikanter Unterschied zwischen den Pat. in der kategorialen Auswertung des beruflichen Status. Ordnet man den Kategorien jedoch eine Wertigkeit zu und wendet den U-Test an, so ergibt sich in der nonparametrischen Auswertung ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen mit und ohne Mh. zum Zeitpunkt der Aufnahme ( $U=1479,5$ ;  $Z=-2,104$ ;  $p=0,035$ ). In Abbildung 20 ist der berufliche Status der Pat. dargestellt. Die Wertigkeit ergibt sich von links nach rechts. Demnach wäre der Status „berufstätig“ am positivsten, der Status „Rente“ am negativsten zu bewerten. Der Status „arbeitslos“ wird positiver bewertet, da die Leistungsfähigkeit der Pat. weniger in Gefahr ist als beim Status „krank“ und somit die Gefahr einer Berentung geringer.

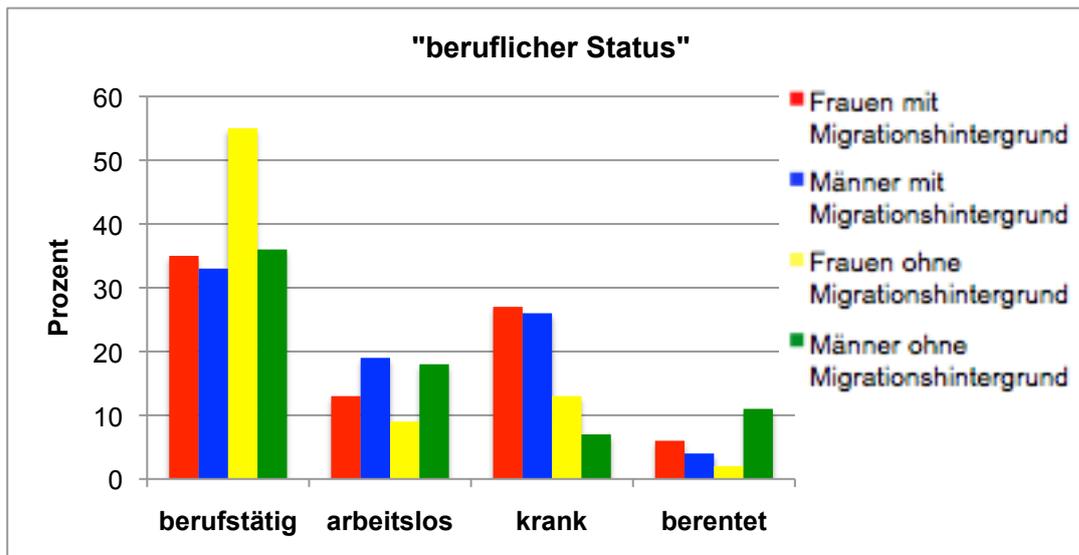


Abbildung 20: Beruflicher Status zum Zeitpunkt der Aufnahme

Wie aus Abbildung 20 ersichtlich sind Frauen ohne Mh. zum Zeitpunkt der Aufnahme am häufigsten berufstätig. Diese Gruppe unterscheidet sich signifikant von den Frauen ( $U=591,5$ ;  $Z=-2,199$ ;  $p=0,028$ ) mit Mh. Männer ohne Mh. unterscheiden sich nicht von den Pat. mit Mh. Auffällig ist, dass Männer ohne Mh. bereits am häufigsten berentet sind.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Frauen mit Mh. am häufigsten eine Behinderung aufweisen wenn sie in die Klinik kommen und bereits am längsten krankgeschrieben sind. Auch 33% der Männer mit Mh. weisen eine Behinderung auf, 30% sind bereits sechs und mehr Monate krank geschrieben. Es ergibt sich in beiden Bereichen ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen mit und ohne Mh. Die Gruppe der Frauen ohne Mh. weist am seltensten eine Behinderung auf (12%), sie sind am kürzesten krank geschrieben und am häufigsten berufstätig zum Zeitpunkt der Aufnahme, Männer ohne Mh. sind am häufigsten berentet (nicht signifikant).

### 3.4 Unterschiede des Rehabilitationsergebnisses

Die Veränderungen zum Entlass- bzw. Katamnesezeitpunkt wurden beschrieben. In der Folge werden weitere Aspekte des Rehaergebnisses, zunächst zum Entlasszeitpunkt, dargestellt.

### 3.4.1 Bewertung des Rehaufenthaltes- Entlasszeitpunkt

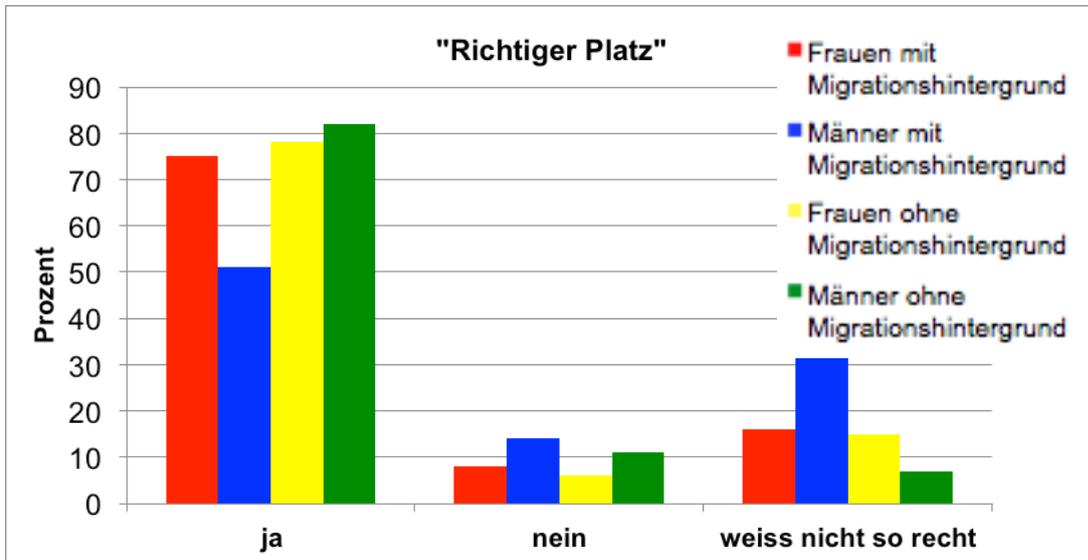


Abbildung 21: Kategoriale Bewertung der Heilbehandlung („Haben sie das Gefühl, dass sie hier am richtigen Platz waren?“)

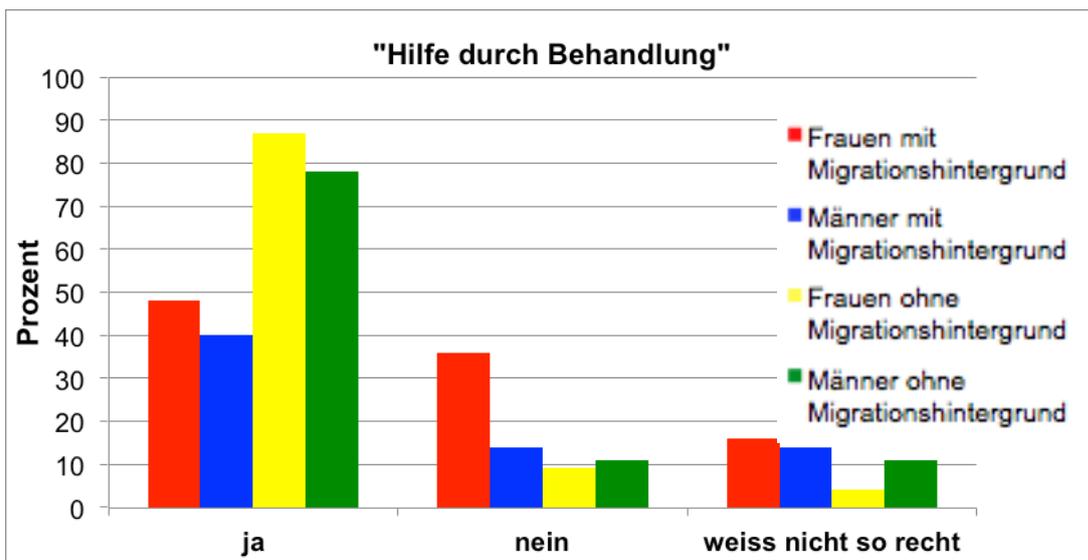


Abbildung 22: Kategoriale Bewertung der Heilbehandlung („Hat ihnen die Behandlung geholfen besser mit den Symptomen zurecht zu kommen?“)

Im Gruppenvergleich zeigt sich dass die Gruppe „mit Mh.“ sowohl die Frage nach dem „richtigen Platz“ als auch die Frage ob die Behandlung hilfreich war weniger häufig mit einem „ja“ beantwortet. Der Chi-Quadrat-Test ergibt nur einen hochsignifikanten Unterschied hinsichtlich der letzteren Frage ( $\chi^2 = 24,997$ ;  $df=2$ ;  $p < 0,00001$ ).

Die Abbildungen 21 und 22 zeigen, dass die Frage nach dem „richtigen Platz“ von fast 50% der Männer mit Mh. mit „nein“ oder „ich weiß nicht so recht“ beantwortet wurde. Wurde der Unterschied im Vergleich der Gruppen mit und ohne Mh. (s.o) nicht signifikant, so zeigt sich bei der Differenzierung nach Geschlecht, dass sich die Männer mit Mh. signifikant von den Männern ( $\chi^2=6,771$ ;  $df=2$ ;  $p=0,034$ ) und Frauen ohne Mh. ( $\chi^2=5,782$ ;  $df=2$ ;  $p=0,05$ ) unterscheiden. Die Frauen mit Mh. hingegen unterscheiden sich nicht signifikant von den anderen Gruppen.

Bei der Beurteilung, ob die Reha. hilfreich war, ist festzustellen, dass die Frauen und Männer ohne Mh. signifikant häufiger mit „ja“ auf diese Frage antworten. Die Frauen ohne Mh. unterscheiden sich somit hochsignifikant von den Frauen ( $\chi^2=16,701$ ;  $df=2$ ;  $p<0,0001$ ) und Männern mit Mh. ( $\chi^2=17,875$ ;  $df=2$ ;  $p<0,0001$ ). Auch die Männer ohne Mh. unterscheiden sich hochsignifikant von den Frauen ( $\chi^2=7,340$ ;  $df=2$ ;  $p<0,0001$ ) und Männern mit Mh. ( $\chi^2=9,194$ ;  $df=2$ ;  $p=0,010$ ). 30% der Frauen mit Mh. beantworten diese Frage mit „nein“.

Im Vergleich der Bewertung von Aspekten der Behandlung zum Entlasszeitpunkt zwischen der Gruppe mit und ohne Mh. ergaben sich in folgenden Aspekten signifikante Unterschiede:

**Tabelle 14: Signifikante Unterschiede in der Bewertung von Aspekten der Behandlung zwischen den Gruppen mit und ohne Migrationshintergrund (Entlassung) (1=sehr gut, 2=gut, 3=zufriedenstellend, 4=nicht zufriedenstellend)**

Bewertungsaspekt	Gruppe mit Migrationshintergrund	Gruppe ohne Migrationshintergrund	Signifikanz
„Behandlung insgesamt“	2,29±0,818	1,92±0,850	p=0,001
„Behandlungsergebnis“	2,99±0,884	2,23±0,953	p<0,0001

Die Ergebnisse des U-Tests ergeben eine signifikant positivere Bewertung der „Behandlung insgesamt“ ( $U=2125$ ;  $Z=-3,214$ ;  $p=0,001$ ) und hinsichtlich der Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis ( $U=1604$ ;  $Z=-3,784$ ;  $p<0,0001$ ) durch die Gruppe ohne Mh. im Vergleich zu der Gruppe mit Mh. Die Gruppe mit Mh. kommt zu dem durchschnittlichen Ergebnis „zufriedenstellend“, die Gruppe ohne Mh. zu dem durchschnittlichen Ergebnis „gut“ in diesen Kategorien. Keine signifikanten Unterschiede gibt es bei der Bewertung der psychotherapeutischen und ärztlichen Behandlung.

**Tabelle 15: Signifikante Unterschiede in der Bewertung von Aspekten der Behandlung zwischen den Gruppen mit und ohne Migrationshintergrund, differenziert nach Geschlecht (Entlassung) (1=sehr gut, 2=gut, 3=zufriedenstellend, 4=nicht zufriedenstellend)**

Bewertungsaspekt	Gruppe mit Migrationshintergrund/ weiblich	Gruppe mit Migrationshintergrund/ männlich	Gruppe ohne Migrationshintergrund/ weiblich	Gruppe ohne Migrationshintergrund/ männlich
„Behandlung insgesamt“	N=48 2,21±0,798	N=27 2,44± 0,847	N=48 1,85±0,854	N=27 2,04±0,838
„Behandlungsergebnis“	2,90±0,905	3,15±0,834	2,19±1,014	2,29±0,854

Wie aus Tabelle 15 ersichtlich, bewertet die Gruppe der Frauen ohne Mh. die Behandlung insgesamt am positivsten. Die Analyse des U-Tests zeigt, dass sie sich signifikant von den Männern ( $U=408$ ;  $Z=-2,674$ ;  $p=0,007$ ) und Frauen mit Mh. ( $U=860,5$ ;  $Z=-2,109$ ;  $p=0,035$ ) unterscheiden. Darüber hinaus gibt es keine signifikanten Unterschiede.

Das Behandlungsergebnis wird ebenfalls am positivsten von den Frauen ohne Mh. bewertet. Sie unterscheiden sich hochsignifikant von den Frauen ( $U=683,5$ ;  $Z=-3,550$ ;  $p<0,0001$ ) und Männern ( $U=296,5$ ;  $Z=-3,751$ ;  $p<0,0001$ ) mit Mh. Auch die Männer ohne Mh. unterscheiden sich signifikant von den Frauen ( $U=435,5$ ;  $Z=-2,675$ ;  $p=0,007$ ) und Männern mit Mh. ( $U=389,5$ ;  $Z=-2,456$ ;  $p=0,004$ ). Keine signifikanten Unterschiede gibt es bei der Bewertung der psychotherapeutischen und ärztlichen Behandlung.

Zusammenfassend lässt sich damit festhalten, dass die Bewertung der Gruppe ohne Mh. positiver ist als die der Gruppe mit Mh. Sie unterscheiden sich vor allem hinsichtlich ihrer Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis voneinander, das von der Gruppe mit Mh. im Durchschnitt mit „zufriedenstellend“, von der Gruppe ohne Mh. als „gut“ bewertet wird. Trotz der schlechteren Bewertung hinsichtlich der Behandlung insgesamt und dem Behandlungsergebnis geben, im Gegensatz zu den Männern mit Mh., 75% der Frauen mit Mh. an, sich in der Klinik am richtigen Platz gefühlt zu haben. Die Frauen ohne Mh. zeigen sich in den meisten Aspekten am zufriedensten mit der Behandlung.

### 3.4.2 Sozialmedizinische Therapeutenbeurteilung- Entlasszeitpunkt

#### Beurteilung der Arbeitsfähigkeit

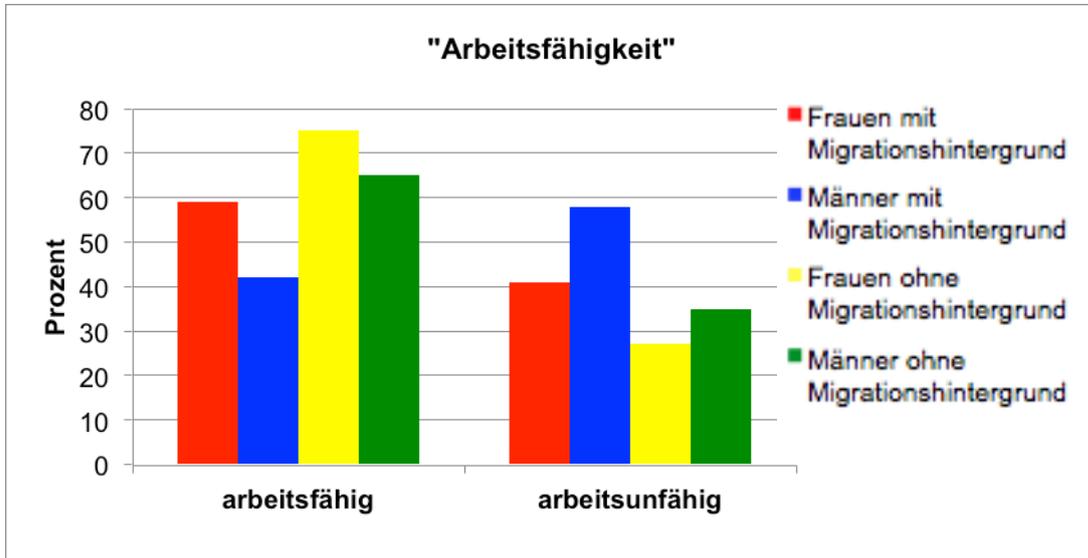


Abbildung 23: Arbeitsfähigkeit der Patienten

Im Gruppenvergleich mit dem exakten Test nach Fisher zeigt sich, dass Pat. mit Mh. signifikant häufiger arbeitsunfähig entlassen werden als Pat. ohne Mh. ( $p=0,023$ ).

Abbildung 23 macht deutlich, dass Männer mit Mh. am häufigsten arbeitsunfähig entlassen werden, Frauen ohne Mh. am seltensten, sie unterscheiden sich entsprechend signifikant voneinander ( $p=0,010$ ).

## Beurteilung der Leistungsfähigkeit bezogen auf die letzte Tätigkeit

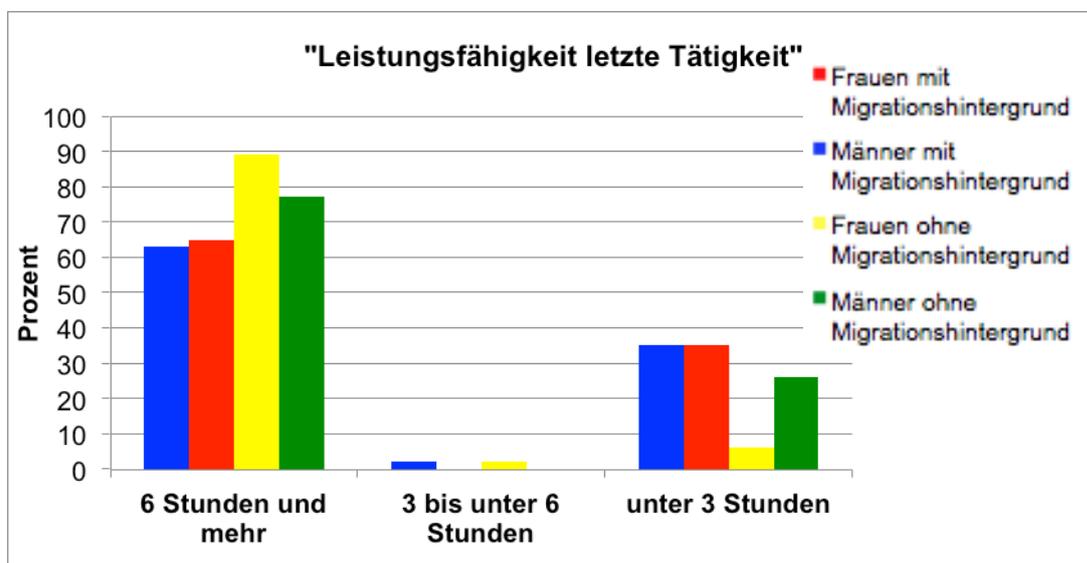


Abbildung 24: Leistungsfähigkeit bezogen auf die letzte Tätigkeit

Der Gruppenvergleich zeigt, dass es einen signifikanten Unterschied zwischen der Gruppe mit und ohne Mh. ( $U=2206,5$ ;  $Z=-2,884$ ;  $p=0,014$ ) gibt. Die Leistungsfähigkeit der Pat. ohne Mh., bezogen auf die letzte Tätigkeit, wird signifikant häufiger mit sechs Stunden und mehr beurteilt.

Wie in Abbildung 24 verdeutlicht, wird die Leistungsfähigkeit, bezogen auf die letzte Tätigkeit, bei der Gruppe der Frauen ohne Mh. am positivsten beurteilt. Sie unterscheiden sich signifikant von den Frauen ( $U=738$ ;  $Z=-3,221$ ;  $p=0,010$ ) und Männern mit Mh. ( $U=430$ ;  $Z=-2,757$ ;  $p=0,006$ ) und den Männern ohne Mh. ( $U=500,5$ ;  $Z=-1,995$ ;  $p=0,046$ ).

### Beurteilung der allgemeinen Leistungsfähigkeit

Es besteht kein signifikanter Unterschied in der therapeutischen Beurteilung der allgemeinen Leistungsfähigkeit zwischen der Gruppe mit und ohne Mh. Auch differenziert nach Geschlecht zeigt sich kein signifikanter Unterschied.

### Positive Leistungsbeurteilung (körperliche Arbeitsschwere)

Es bestehen keine signifikanten Unterschiede in der positiven Leistungsbeurteilung (schwere Arbeiten bis leichte Arbeiten) zwischen der Gruppe mit und ohne Mh.

Differenziert nach Geschlecht unterscheiden sich die Männer ohne Mh. ( $2,62 \pm 0,752$ ) signifikant ( $U=414,5$ ;  $Z=-2,196$ ;  $p=0,028$ ) von den Frauen mit Mh. ( $3,20 \pm 0,753$ ). Die Männer ohne Mh. werden in Bezug auf die Verrichtung schwerer Arbeiten am positivsten, die Frauen mit Mh. am negativsten beurteilt.

### Negative Leistungsbeurteilung

Keine signifikanten Unterschiede zwischen der Gruppe mit und ohne Mh. ergeben sich in den Bereichen „geistig/psychische Belastbarkeit“ und „Sinnesorgane“.

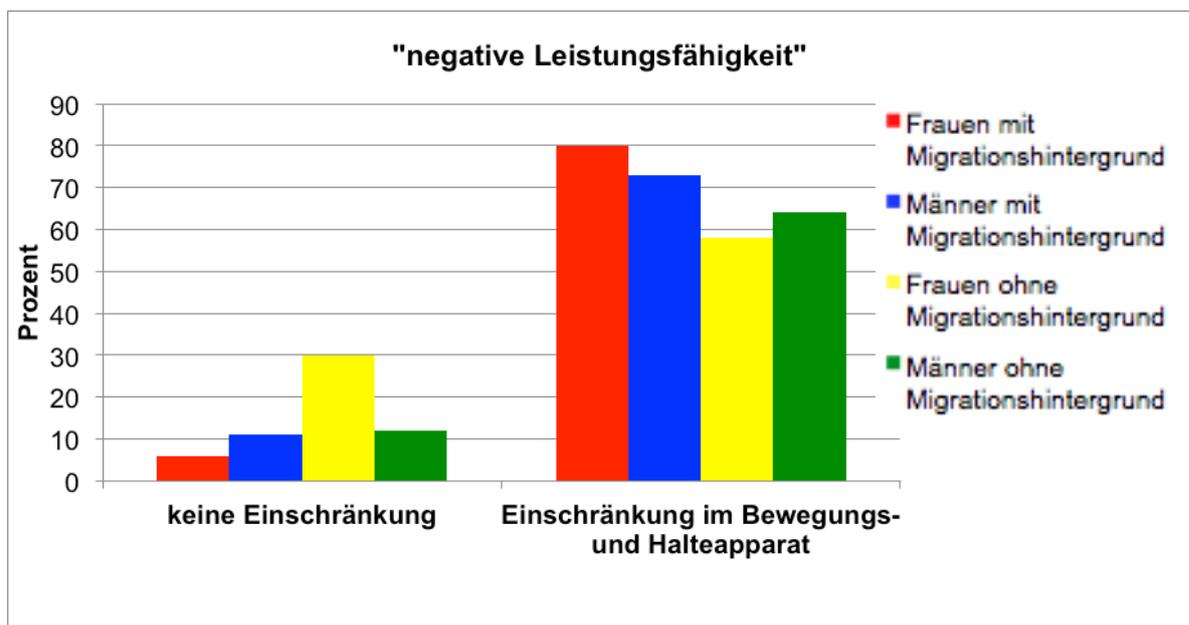


Abbildung 25: Signifikante Unterschiede in der Bewertung der negativen Leistungsfähigkeit

Im Gruppenvergleich zeigt der exakte Test nach Fisher signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen im Bereich „keine Einschränkung“ sowie „Einschränkungen um Bewegungs- und Halteapparat“. Pat. mit Mh. weisen demnach signifikant häufiger eine Einschränkung in diesem Bereich auf ( $p=0,013$ ) und sind seltener ohne Einschränkungen ( $p=0,022$ ) als Pat. ohne Mh.

Abbildung 25 zeigt, dass Frauen mit Mh. am häufigsten eine Einschränkung im Bewegungs- und Halteapparat aufweisen, Frauen ohne Mh. am seltensten. Der exakte Test nach Fisher zeigt, dass sich diese Gruppen signifikant voneinander unterscheiden ( $p=0,023$ ). Frauen ohne Mh. werden am häufigsten mit der Beurteilung „keine Einschränkungen“ entlassen, Frauen mit Mh. hingegen am seltensten. Auch hier unterscheiden sich diese beiden Gruppen signifikant voneinander ( $p=0,004$ ).

Zusammenfassend ist festzustellen, dass es der Gruppe der Frauen ohne Mh. nach Meinung der Therapeuten zum Entlasszeitpunkt am besten geht. Sie werden am häufigsten arbeitsfähig entlassen, weisen am seltensten Einschränkungen auf und werden bezogen auf die letzte Tätigkeit am meisten leistungsfähig bewertet. Die Gruppe der Männer ohne Mh. wird bezogen auf die Arbeitsschwere am leistungsfähigsten beurteilt. Männer mit Mh. werden am häufigsten arbeitsunfähig entlassen und werden bezogen auf die letzte Tätigkeit, genauso wie die Frauen mit Mh. signifikant seltener mit der vollen Leistungsfähigkeit (sechs Stunden und mehr) beurteilt. Frauen mit Mh. weisen zudem am häufigsten eine Einschränkung im Bewegungs- und Halteapparat auf und werden bzgl. der zu leistenden Arbeit am wenigsten leistungsfähig bewertet.

### 3.4.3 Erwartungen an zuhause - Entlasszeitpunkt

**Tabelle 16:** Signifikante Unterschiede der Erwartungen an zuhause zwischen den Gruppen mit und ohne Migrationshintergrund (1= trifft voll zu, 2= trifft eher zu, 3=trifft eher nicht zu, 4=trifft überhaupt nicht zu)

Erwartung	Gruppe mit Migrationshintergrund	Gruppe ohne Migrationshintergrund	Signifikanz
„Erwarten Sie, Ihren Alltag erholter angehen zu können?“	2,41±0,988	1,88±0,859	$p=0,001$
„Erwarten Sie, dass Sie körperlich mehr leisten können?“	2,89±0,015	2,28±0,986	$p=0,004$
„Erwarten Sie, wie früher arbeiten zu können?“	3,21±1,056	2,54±1,266	$p=0,001$
„Erwarten Sie, einen Rentenantrag bewilligt zu bekommen?“	3,40±1,058	3,72±0,092	$p=0,027$

Wie aus Tabelle 16 ersichtlich sind die Erwartungen der Pat. ohne Mh. in allen dargestellten Bereichen signifikant positiver als bei den Pat. mit Mh. Der U-Test zeigt, dass sie sich signifikant in folgenden Erwartungen unterscheiden: „Erwarten Sie, Ihren Alltag erholter angehen zu können?“ (U=1925,5; Z=-3,424; p=0,001); „Erwarten Sie, dass Sie körperlich mehr leisten können?“ (U=1859; Z=-3,516; p=0,004); „Erwarten Sie, wie früher arbeiten zu können?“ (U=1897,5; Z=-3,309; p=0,001); „Erwarten Sie, einen Rentenantrag bewilligt zu bekommen?“ (U=2306; Z=-2,299;p=0,027).

**Tabelle 17: Signifikante Unterschiede der Erwartungen an zuhause zwischen den Gruppen mit und ohne Migrationshintergrund, differenziert nach Geschlecht (1= trifft voll zu, 2= trifft eher zu, 3=trifft eher nicht zu, 4=trifft überhaupt nicht zu)**

Erwartungen	Gruppe mit Migrationshintergrund/ weiblich	Gruppe mit Migrationshintergrund/ männlich	Gruppe ohne Migrationshintergrund/ weiblich	Gruppe ohne Migrationshintergrund/ männlich
„Erwarten Sie, Ihren Alltag erholter angehen zu können?“	N=48 2,44±1,029	N=27 2,37±0,926	N=48 1,79±0,858	N=47 2,04±0,854
„Erwarten Sie, dass Sie körperlich mehr leisten können?“	2,92±1,028	2,85±1,008	2,28±1,057	2,30±0,869
„Erwarten Sie, wie früher arbeiten zu können?“	3,27±1,046	3,11±1,086	2,39±1,290	2,80±1,200
Erwarten Sie, nach der Reha. besser mit Stress umgehen zu können?“	2,85±0,932	2,44±1,012	2,02±1,022	2,33±0,960
„Erwarten Sie, einen Rentenantrag bewilligt zu bekommen?“	3,52±0,967	3,19±1,200	3,76±0,672	3,66±0,960

Tabelle 17 verdeutlicht, dass die Gruppe der Frauen ohne Mh. in ihrer Erwartung den Alltag nach der Reha. erholter angehen zu können, am optimistischsten ist.

Der U-Test zeigt, dass sich die Frauen ohne Mh. signifikant von den Frauen (U=725,5; Z=-3,136; p=0,002) und Männern mit Mh. (U=411; Z=-2,684; p=0,007) unterscheiden. Die Männer ohne Mh. unterscheiden sich hingegen nicht signifikant von der Gruppe mit Mh.

In der Erwartung körperlich mehr leisten zu können, sind die Männer und Frauen ohne Mh. signifikant optimistischer als die Männer und Frauen mit Mh. Die Frauen ohne Mh. (U=759; Z=-2,844; p=0,004) unterscheiden sich signifikant von den Frauen und Männern mit Mh. (U=431; Z=-2,145; p=0,032). Auch die Männer ohne Mh. unterscheiden sich signifikant von den Frauen (U=427,5; Z=-2,588; p=0,010) jedoch nicht von den Männern mit Mh.

Die Frauen ohne Mh. erwarten am meisten „wie früher arbeiten zu können“. Sie unterscheiden sich signifikant von den Frauen (U=682; Z=-3,397; p=0,001) und Männern mit Mh. (U=424; Z=-2,359; p=0,018).

Männer mit Mh. unterscheiden sich signifikant in ihrer Erwartung einen Rentenantrag genehmigt zu bekommen (U=459,5; Z=-2,299; p=0,022). Inhaltlich erwarten Männer mit Mh. „eher nicht“ einen Rentenantrag genehmigt zu bekommen, Frauen ohne Mh. „überhaupt nicht“.

Entsprechend der Bewertung ihrer Symptomatik und dem Ergebnis ihres Rehaufenthaltes (s.o) sind die Erwartungen der Frauen ohne Mh. am positivsten. Sie erwarten am häufigsten ihren Alltag erholter angehen zu können, körperlich mehr leisten zu können und wie früher arbeiten zu können. Sie unterscheiden sich hier signifikant von der Migrantengruppe. Die Gruppe der Männer ohne Mh. unterscheidet sich einzig in der Erwartung körperlich mehr leisten zu können von der Gruppe der Migranten. Die Männer mit Mh. erwarten häufig einen Rentenantrag genehmigt zu bekommen und unterscheiden sich in dieser Erwartung signifikant von den Frauen ohne Mh.

### 3.4.4 Rehabilitationsergebnis - Katamnese

Im Rahmen der Darstellung der Symptomatik der Pat. wurde zum Teil bereits die Auswertung der Katamnese vorweg genommen.

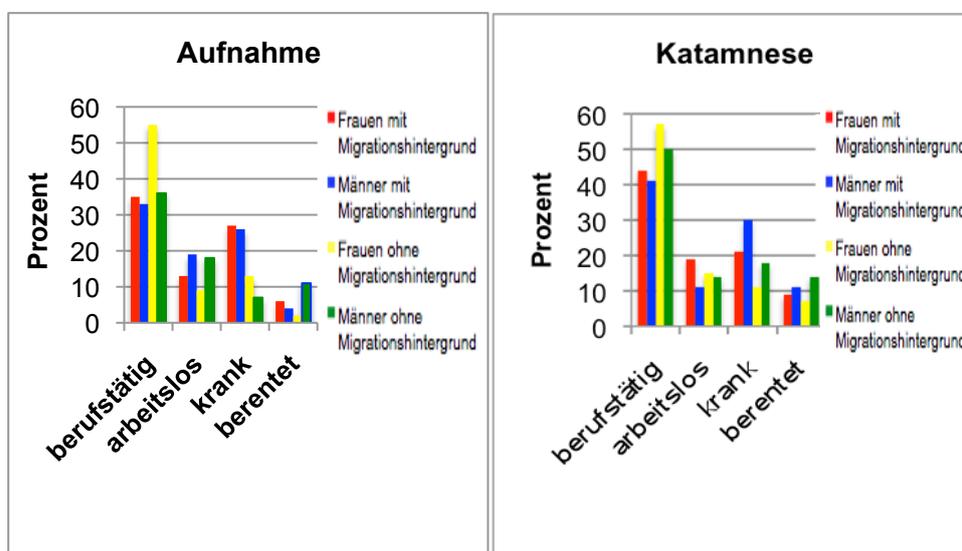


Abbildung 26: Berufstatus zum Aufnahme- und Katamnesezeitpunkt

Aus Abbildung 26 wird ersichtlich, dass auch zum Katamnesezeitpunkt die Frauen ohne Mh. am häufigsten berufstätig sind, Männer mit Mh. am häufigsten krankgeschrieben und Männer ohne Mh. am häufigsten berentet. Mit Ausnahme der Gruppe der Frauen ohne Mh., welche bereits zum Aufnahmezeitpunkt zu 55% berufstätig sind, gibt es in den verbleibenden 3 Gruppen eine Steigerung der Berufstätigkeit von 10% bei den Frauen mit Mh., 9% bei den Männern mit Mh. und 13% bei den Männern mit Mh. Weder in der kategorialen noch nonparametrischen Auswertung ergeben sich jedoch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen. Auch hinsichtlich der Veränderung zwischen den zwei Zeitpunkten gibt es in keiner der Gruppen eine signifikante Veränderung des beruflichen Status.

Auch in der Anzahl der Krankentage gibt es keinen signifikanten Unterschied, weder zwischen den Gruppen, noch differenziert nach Geschlecht.

Die U-Analyse zeigt, dass es einen hochsignifikanten Unterschied ( $U=1418,5$ ;  $Z=-4,335$ ;  $p<0,0001$ ) zwischen den Pat. mit ( $2,39\pm 0,958$ ) und ohne ( $1,72\pm 0,844$ ) Mh. hinsichtlich der Zufriedenheit mit dem Rehaergebnis zum Katamnesezeitpunkt gibt. Zudem gibt es einen signifikanten Unterschied zwischen den Frauen ohne ( $1,76\pm 0,916$ ;  $U=2219$ ;  $Z=-2,270$ ;  $p<0,0001$ ) und Frauen ( $2,38\pm 0,969$ ;  $U=577$ ;  $Z=-3,165$ ;  $p=0,002$ ) und Männern mit Mh. ( $2,42\pm 0,974$ ;  $U=300$ ;  $Z=-2,759$ ;  $p=0,006$ ).

Auch die Männer ohne Mh. ( $1,67 \pm 0,734$ ) unterscheiden sich signifikant von den Frauen ( $U=357,5$ ;  $Z=-3,091$ ;  $p=0,002$ ) und Männern mit Mh. ( $U=184$ ;  $Z=-2,793$ ;  $p=0,005$ ). Pat. mit Mh. sind auch zum Katamnesezeitpunkt unzufriedener mit dem Behandlungsergebnis als Pat. ohne Mh. (1=sehr zufrieden, 2=eher zufrieden; 3=eher unzufrieden; 4=eher unzufrieden).

Die Pat. wurden nach wichtigen (positiven oder negativen) Ereignissen nach der Reha. befragt und ob sie eine Psychotherapie begonnen hätten. Es gibt in den Antworten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Viele Pat. berichten, eine Psychotherapie beginnen zu wollen, die Wartezeiten seien jedoch zu lang.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass es Pat. mit Mh., wie bereits oben dargestellt, zwar subjektiv auch zum Katamnesezeitpunkt signifikant schlechter geht als den Pat. ohne Mh., allerdings gibt es keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich der Anzahl der Krankentage und des beruflichen Status. Auch im Rückblick bleiben die Pat. mit Mh. unzufriedener mit dem Rehaergebnis als Pat. ohne Mh.

### **3.5 Unterschiede in den Krankheitsmodellen**

Das Krankheitsmodell der Pat. wurde auf verschiedene Art und Weise erfragt. Neben einer offenen Frage, welche Erklärung ein Pat. für seine Beschwerden hat, wurden verschiedene mögliche Einflussfaktoren genannt und die Pat. wurden gefragt, inwiefern sie glauben, dass körperliche und seelische Beschwerden zusammenhängen und ob eine Psychotherapie eine hilfreiche Behandlung sein könne. Ergänzend wurden die Pat. in einer offenen Frage nach Faktoren befragt, die sie für hilfreich hielten.

#### **3.5.1 Erklärung der Patienten für ihre Beschwerden**

Die Antworten der Pat. auf die offene Frage "Welche Erklärung haben sie für ihre Beschwerden?" wurden in unterschiedliche Kategorien unterteilt: „somatisch“ (Bsp.: „Mein kaputter Rücken kommt von der schweren Arbeit“ - ohne psychische Auswirkung), „psychisch“ (Bsp.: „Ich fühle mich traurig, aufgrund des Mobbings“ - ohne körperliche Auswirkungen); „somatisch-psychisch“ („Ich habe einen kaputten Rücken und deshalb ist meine Stimmung so schlecht“); „psychisch-somatisch“ („Aufgrund des Mobbings habe ich soviel Stress, fühle mich niedergeschlagen und

leide dadurch unter einem Tinnitus“), „wechselseitig“ (Bsp.: „Irgendwie beeinflusst sich beides gegenseitig“), „weiss ich nicht“ (Bsp.: Der Pat. hatte zum Aufnahmezeitpunkt keine Erklärungen für seine Beschwerden).

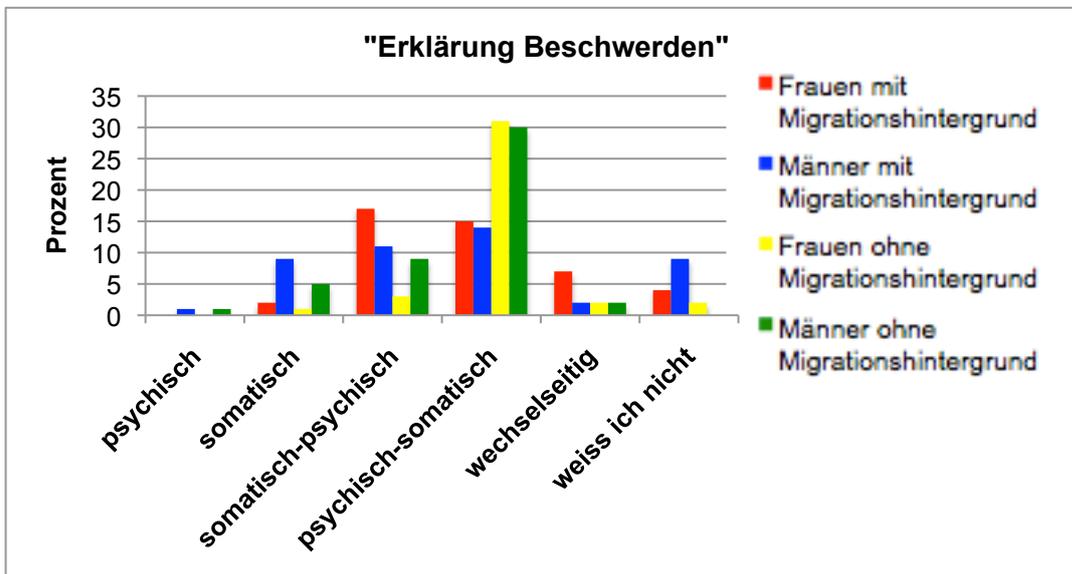


Abbildung 27: Antworten auf die offene Frage: „Welche Erklärungen haben Sie für Ihre Beschwerden?“

Der Chi-Quadrat-Test zeigt, dass sich die Gruppen mit und ohne Mh. signifikant in der Erklärung für ihre Beschwerden voneinander unterscheiden ( $\chi^2= 21,426$ ;  $df=5$ ;  $p=0,001$ ). Frauen und Männer ohne Mh. schildern überwiegend ein psychisch-somatisches Krankheitsmodell, wohingegen Frauen mit Mh. auch zu einem großen Teil in der Gruppe „somatisch-psychisch“ vertreten sind und dementsprechend ihre psychischen als Folge der somatischen Beschwerden erleben. Männer mit Mh. finden sich in allen Kategorien wieder, sie sind die Gruppe, die am häufigsten eine rein somatische Vorstellung von ihren Beschwerden beschreibt und die am häufigsten keine Erklärung für ihre Beschwerden hat. Frauen mit Mh. unterscheiden sich signifikant von den Frauen ( $\chi^2=15,413$ ;  $df=4$ ;  $p=0,004$ ) und Männern ohne Mh. ( $\chi^2=12,059$ ;  $df=5$ ;  $p=0,034$ ). Auch die Männer mit Mh. unterscheiden sich signifikant von den Frauen ( $\chi^2=19,437$ ;  $df=5$ ;  $p=0,02$ ) und Männern ohne Mh. ( $\chi^2=11,343$ ;  $df=5$ ;  $p=0,036$ ).

### 3.5.2 Einschätzung des Zusammenhang von seelischen und körperlichen Problemen durch die Patienten

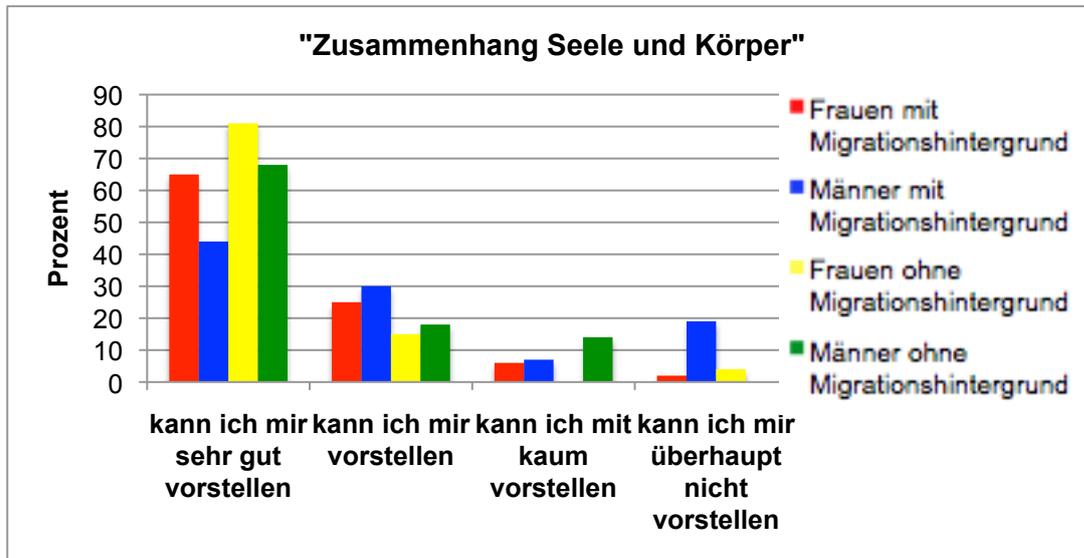


Abbildung 28: Antworten auf die Frage „Können sie sich vorstellen, dass bei ihnen seelische und körperliche Probleme zusammenhängen?“

Mit der geschlossene Frage "Können Sie sich vorstellen, dass bei Ihnen seelische und körperliche Probleme zusammenhängen?" sollte eruiert werden, inwiefern die Pat. zum Aufnahmezeitpunkt bereits ein psychosomatisches Krankheitsmodell verinnerlicht hatten. Sie beantworteten diese Frage auf einer Skala von 1=„kann ich mir sehr gut vorstellen“ bis 4=„kann ich mir überhaupt nicht vorstellen“. Hinsichtlich dieser Frage zeigen die Ergebnisse des U-Tests einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen mit und ohne Mh. ( $U=2265,5$ ;  $Z=-2,469$ ;  $p=0,014$ ) Wie aus Abbildung 28 ersichtlich, beantworten Männer mit Mh. diese Frage am wenigsten zustimmend ( $2,20 \pm 1,144$ ), Frauen ohne Mh. am meisten zustimmend ( $1,28 \pm 0,682$ ). Männer mit Mh. unterscheiden sich entsprechend signifikant von den Frauen ( $U=389$ ;  $Z=-3,337$ ;  $p=0,001$ ) und Männern ohne Mh. ( $1,46 \pm 0,74$ ;  $U=234$ ;  $Z=-2,458$ ;  $p=0,05$ ), sowie von den Frauen mit Mh. ( $1,52 \pm 0,857$ ;  $U=492,5$ ;  $Z=-1,929$ ;  $p=0,05$ ).

### 3.5.3 Einflussfaktoren auf die Beschwerden

Keine signifikanten Unterschiede bestehen in den folgenden Einflussfaktoren: „Trennung“, „finanzielle Probleme“, „Arbeitslosigkeit“, „schlimmes Erlebnis“, „Probleme am Arbeitsplatz“, „Wohnsituation“, „Wetter“, „enttäuschte Hoffnungen“. Folgende Einflussfaktoren gelten als migrationspezifische Faktoren und wurden nur den Pat. mit Mh. gestellt und ergaben keine signifikanten Unterschiede: „Fluch“, „Böse Geister“, „Ausländerfeindlichkeit“, „sprachliche Probleme“. Diese Einflussfaktoren werden von den Pat. überwiegend als „geringer Einfluss“ bewertet.

**Tabelle 18: Signifikante Unterschiede in der Einschätzung des Einflusses in folgenden Bereichen zwischen den Pat. mit und ohne Migrationshintergrund (1= sehr großer Einfluss, 2= großer Einfluss; 3= geringer Einfluss; 4=kein Einfluss)**

Einflussfaktor	Gruppe mit Migrationshintergrund	Gruppe ohne Migrationshintergrund	Signifikanz
„Einfluss körperliche Erkrankung“	2,07±1,010	3,04±1,184	p=0,015
„Einfluss körperlich schwere Arbeit“	1,90±1,056	2,92±1,222	p<0,0001
„Einfluss Konflikte in der Familie“	2,89±1,149	3,19±1,076	p=0,030

Die Analyse mit dem U-Test hat ergeben, dass Pat. mit Mh. den Einfluss körperlicher Erkrankung (U=1606; Z=-4,382; p<0,0001) sowie den Einfluss körperlich schwerer Arbeit hochsignifikant (U=1491; Z=-4,797; p<0,0001) größer einschätzen. Der Einfluss familiärer Konflikte wird hingegen signifikant größer (U=2117,5; Z=-2,254; p=0,024) durch die Pat. ohne Mh. eingeschätzt (siehe Tabelle 18).

**Tabelle 19: Einschätzung des Einflusses der Pat. mit und ohne Mh., differenziert nach Geschlecht (1= sehr großer Einfluss, 2= großer Einfluss; 3= geringer Einfluss; 4=kein Einfluss)**

Einflussfaktor	Gruppe mit Migrationshintergrund/ weiblich	Gruppe mit Migrationshintergrund/ männlich	Gruppe ohne Migrationshintergrund/ weiblich	Gruppe ohne Migrationshintergrund/ männlich
„Einfluss körperliche Erkrankung“*	N=48 2,00±1,190	N=27 2,19±1,380	N=48 3,09±1,170	N=27 2,96±1,210
„Einfluss körperlich schwere Arbeit“*	1,63±0,878	2,37±1,182	2,94±1,169)	2,88±1,330
„Einfluss Konflikte in der Familie“*	2,85±1,190	3,30±1,030	2,40±1,090	2,96±1,070
„Einfluss Stress“*	1,61± 0,906	2,11±1,010	1,85±0,932	1,77±0,992
„Einfluss Verlust familiärer Bindungen“*	2,44±1,328	3,23±1,100	2,90±1,313	2,96±1,140
„Einfluss der Wohnsituation“	3,70±0,726	3,78±0,577	3,32±1,125	3,69±0,679
„Einfluss finanzielle Probleme“	3,15±1,210	3,52±0,802	3,00±1,142	3,54±0,859
„Einfluss Probleme am Arbeitsplatz“	3,15±1,210	2,72±1,370	3,17±1,291	2,73±1,373
„Einfluss enttäuschte Hoffnungen“	2,58±1,305	2,88±1,201	2,53±1,266	2,96±1,148
„Einfluss schlimmes Erlebnis“	2,51±1,375	3,15±1,255	2,51±1,381	3,12±1,177
„Einfluss einer Trennung“	3,43±1,128	3,73±0,827	3,19±1,279	3,42±1,13
„Einfluss Arbeitslosigkeit“	3,57±1,047	3,54±1,029	3,66±0,841	3,62±0,941
„Einfluss eines Fluchs/böse Geister“	3,93±0,250	3,92±0,392	3,87±0,494	3,92±0,077
„Einfluss von Heimweh“	3,24±1,015	3,65±0,892		
„Einfluss sprachlicher Probleme“	3,61±0,802	3,62±0,637		
„Einfluss fremd fühlen in Deutschland“	3,65±0,604	3,42±0,809		

\*signifikante Unterschiede

Tabelle 19 verdeutlicht, dass Frauen ohne Mh. den Einfluss einer körperlichen Erkrankung auf ihre Beschwerden als gering einschätzen. Sie unterscheiden sich in diesem Bereich hochsignifikant von den Frauen (U=595; Z=-3,936; p<0,0001) und signifikant von den Männern mit Mh. (U=412,5; Z=-2,680; p=0,007), die den Einfluss als „groß“ bewerten. Die Männer ohne Mh., die den Einfluss als „gering“ bewerten unterscheiden sich ebenso von den Frauen (U=356; Z=-2,985; p=0,003) und den Männern mit Mh. (U=242,5; Z=-2,085; p=0,040).

Der Einfluss körperlich schwerer Arbeit wird von den Frauen mit Mh. am bedeutsamsten, nämlich als „groß“ eingeschätzt. Sie unterscheiden sich entsprechend nicht nur hochsignifikant von den Frauen (U=450; Z=-5,069; p<0,0001) und Männern ohne Mh. (U=300; Z=-3,730; p<0,0001) sondern auch von den Männern mit Mh. (U=396,5; Z=-2,753; p=0,006), welche den Einfluss als „gering“ bewerten.

Der Einfluss familiärer Konflikte auf die Beschwerden wird von den Frauen ohne Mh. am größten („groß“) eingeschätzt. Sie unterscheiden sich signifikant von den Männern mit Mh. (U=359; Z=-3,241; p=0,001), die diesen Einfluss als „gering“ bewerten. Darüber hinaus gibt es keine signifikanten Unterschiede.

Der Einfluss von Stress wird von den Frauen mit Mh. am größten eingeschätzt. Sie unterscheiden sich signifikant von der Gruppe der Männer mit Mh. (U=433,5; Z=-2,328; p=0,020). Inhaltlich bewerten alle Gruppen den Einfluss von Stress als „groß“.

Der Verlust familiärer Bindungen als Einflussfaktor auf die Beschwerden wird von den Frauen mit Mh. als „groß“ eingeschätzt. Sie unterscheiden sich damit signifikant von den Männern mit Mh. (U=431,5; Z=-2,102; p=0,030), die wie die anderen Gruppen den Einfluss als „gering“ einschätzen.

Der Einflussfaktor „Heimweh“ wird ebenfalls von den Frauen mit Mh. („geringer Einfluss“) signifikant höher eingeschätzt als durch die Männer mit Mh. („kein Einfluss“) (U=443; Z=-2,173; p=0,030)

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Frauen mit Mh. vor allem körperlich schwere Arbeit sowie Stress als einen großen Einflussfaktoren auf ihre Beschwerden bewerten. Zudem scheinen Frauen mit Mh. stärker durch einen Verlust familiärer Bindungen (unter anderem infolge der Migrationserfahrung) und Heimweh belastet zu sein als Männer mit Mh. Frauen ohne Mh. sehen, mehr als

die übrigen Gruppen, finanzielle Sorgen und familiäre Konflikte als Einflussfaktoren auf ihre Beschwerden.

Es bleibt anzumerken, dass die Beantwortung dieser Frage für die Pat. sehr schwer war, da sie teilweise nur nach sehr genauer Erklärung verstanden, dass es um Einflussfaktoren auf die Beschwerden geht und nicht auf vorhandene Problembereiche per se.

### 3.5.4 Einschätzung hilfreicher Faktoren für die Verbesserung der Symptomatik durch die Patienten

Die Antworten der Pat. auf die offene Frage: „Was kann Ihnen helfen, dass es Ihnen wieder besser geht?“ wurden wiederum in Kategorien eingeordnet. In folgenden Bereichen ergibt der exakte Test nach Fisher keine signifikanten Unterschiede zwischen den Pat.: „somatische Interventionen“ (Bsp.: Massagen), „positive berufliche Perspektive“ (Bsp: Umschulung).

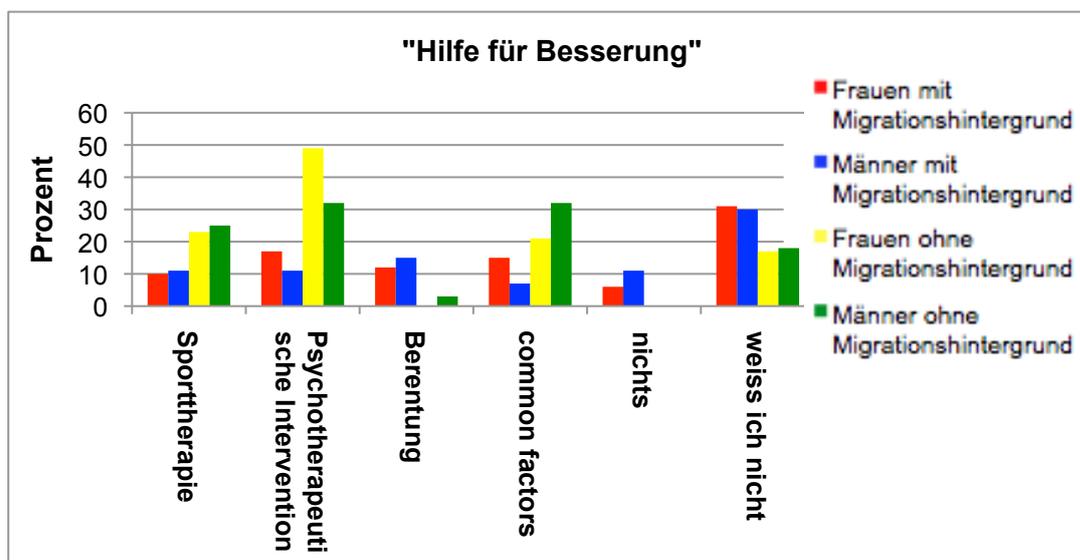


Abbildung 29: Antworten auf die offene Frage: „Was glauben Sie, kann Ihnen helfen, dass es Ihnen wieder besser geht?“

Pat. mit und ohne Mh. unterscheiden sich signifikant in den in Abbildung 29 dargestellten Bereichen: „Sporttherapie“ (Bsp.: Walking) ( $p=0,042$ ); „Psychotherapeutische Interventionen“ (Bsp.: Depressionsgruppe) ( $p<0,0001$ ); „Berentung“ ( $p=0,005$ ); „common factors“ (therapieunabhängige Faktoren, z.B.: Abstand von zuhause) ( $p=0,05$ ); „nichts“ ( $p=0,013$ ); „weiss ich nicht“ ( $p=0,042$ ). Pat. mit Mh. nennen signifikant häufiger, dass „nichts“ ihnen helfen könne sowie

dass sie nicht wüssten, was ihnen helfen könne. Auch nennen Pat. mit Mh. signifikant häufiger Berentung als Hilfe, Pat. ohne Mh. häufiger Sporttherapie, psychotherapeutische Interventionen, sowie „common factors“.

Wie aus Abbildung 29 ebenfalls ersichtlich, nennt die Gruppe der Frauen ohne Mh. am häufigsten psychotherapeutische Interventionen als mögliche Hilfe gegen ihre Beschwerden. Sie unterscheiden sich signifikant von den Frauen ( $p=0,001$ ) und Männern mit Mh. ( $p=0,001$ ).

Frauen ohne Mh. nennen als einzige Gruppe gar nicht die Möglichkeit der Berentung als hilfreichen Faktor. Sie unterscheidet sich wiederum signifikant von den Frauen ( $p=0,026$ ) und Männern mit Mh. ( $p=0,015$ ).

„Common factors“ werden am häufigsten von den Männern ohne Mh. genannt und sie unterscheiden sich signifikant von den Männern mit Mh. ( $p=0,04$ ), die diesen Faktor am seltesten nennen.

Männer und Frauen ohne Mh. beantworten die offene Frage gar nicht mit der Antwort „nichts“. Die Gruppe der Männer mit Mh. geben am häufigsten diese Antwort. Sie unterscheiden sich signifikant von der Gruppe der Frauen ( $p=0,035$ ) und Männern ohne Mh. ( $p=0,05$ ).

In den Kategorien „Sporttherapie“ und „weiß ich nicht“ bestehen keine signifikanten Unterschiede, differenziert nach Geschlecht und Gruppe.

### 3.5.5 Einschätzung der Patienten, ob Psychotherapie eine hilfreiche Behandlung wäre

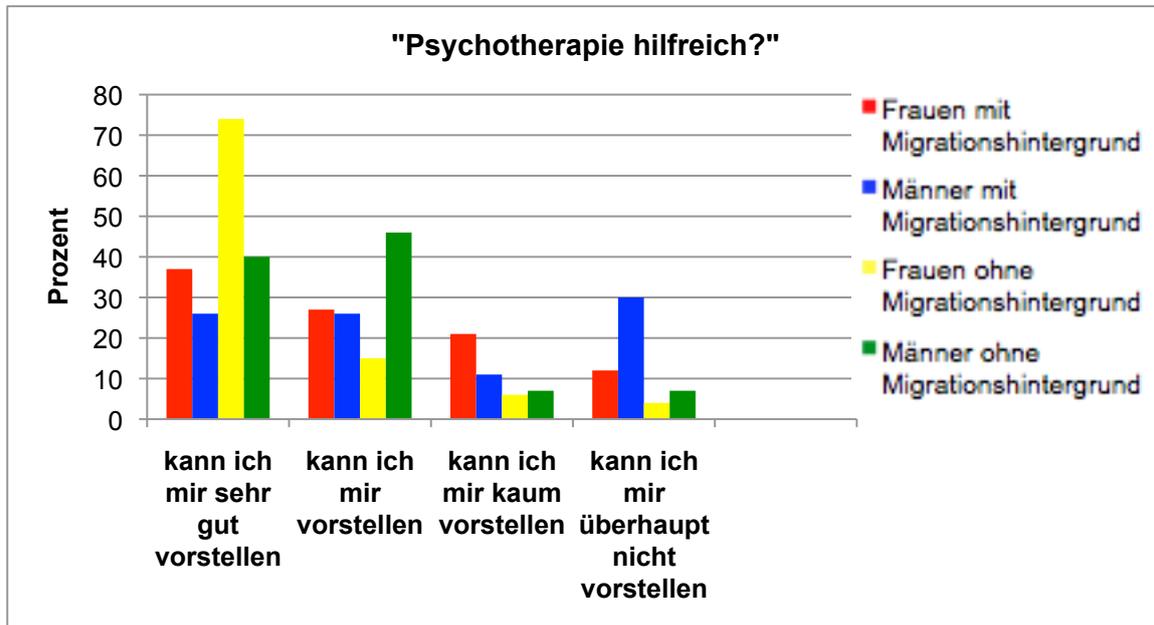


Abbildung 30: Antworten auf die Frage „Glauben Sie, dass eine Psychotherapie eine hilfreiche Behandlung wäre?“

Die Analyse des U-Tests ergibt (siehe auch Abbildung 30), dass es einen hochsignifikanten Unterschied ( $U=1792,5$ ;  $Z=-3,784$ ;  $p<0,0001$ ) zwischen den Gruppen mit und ohne Mh. gibt. Pat. ohne Mh. ( $1,68\pm 1,219$ ) schätzen Psychotherapie als Behandlung hochsignifikant hilfreicher ein ( $p<0,0001$ ) als Pat. mit Mh. ( $2,6\pm 1,219$ ).

Männer mit Mh. beurteilen Psychotherapie als Hilfe gegen ihre Beschwerden am negativsten ( $2,56\pm 1,144$ ) und unterscheiden sich hochsignifikant von den Frauen ( $1,60\pm 1,077$ ;  $U=284,5$ ;  $Z=-4,030$ ;  $p<0,0001$ ) und Männern ohne Mh. ( $1,82\pm 1,020$ ;  $U=231,5$ ;  $Z=-2,577$ ;  $p=0,010$ ). Auch die Frauen mit Mh. ( $2,62\pm 1,265$ ) geben die Psychotherapie als mögliche Hilfe für ihre Beschwerden hochsignifikant weniger häufig an als die Frauen ohne Mh. ( $U=682,5$ ;  $Z=-3,550$ ;  $p<0,0001$ ) und signifikant weniger als die Männer ohne Mh. ( $U=444$ ;  $Z=-2,707$ ;  $p=0,007$ ). Festzuhalten bleibt jedoch, dass über die Hälfte der Frauen mit Mh. und fast die Hälfte der Männer mit Mh. eine Psychotherapie als wahrscheinlich hilfreich bewerten.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Gruppe der Pat. ohne Mh. die Ursachen ihrer Beschwerden am häufigsten darin bedingt sehen, dass ihre Psyche einen negativen Einfluss auf ihr körperliches Befinden hat. Die Gruppe der

Frauen ohne Mh. sieht vor allem familiäre Konflikte und finanzielle Probleme als Einflussfaktoren. Die Gruppe ohne Mh. kann sich signifikant häufiger vorstellen, dass eine Psychotherapie eine hilfreiche Behandlung sein könnte. Die Gruppe der Frauen mit Mh. ist diejenige Gruppe, die signifikant häufiger als die anderen Gruppen körperlich schwere Arbeit als einen Grund ihrer Beschwerden ansieht und als deren Folge psychische Probleme. Männer mit Mh. berichten am häufigsten unter ausschließlich somatischen Beschwerden zu leiden und haben am häufigsten keine Erklärung für ihre Beschwerden. Sie glauben zudem am wenigsten daran, dass Psychotherapie als Hilfe gegen ihre Beschwerden hilfreich sein könne. Die Gruppe mit Mh. kann zudem seltener benennen, was hilfreich gegen ihre Beschwerden sein könnte oder sind skeptisch, dass überhaupt etwas helfen kann („nichts“). Zudem benennen sie signifikant häufiger die Möglichkeit der Berentung als Hilfe gegen ihre Beschwerden. Obwohl Männer mit Mh. ein überwiegend somatisches Konzept ihrer Beschwerden beschreiben, können sich über 70% der Pat. vorstellen, dass es bei ihnen einen Zusammenhang zwischen Körper und Psyche gibt und 50% können sich vorstellen, dass eine Psychotherapie hilfreich sein könnte.

### **3.6 Behandlungserwartungen der Patienten**

Die Behandlungserwartungen der Pat. wurden zunächst mit einer offenen Frage eruiert, danach wurden den Pat. verschiedene mögliche Erwartungen vorgelesen, welche die Pat. bewerten sollten.

#### **3.6.1 Erwartungen der Patienten an den Rehaufenthalt**

Die Antworten der Pat. auf die offene Frage „Welche Erwartungen haben Sie an den Rehaaufenthalt?“ wurden in Kategorien eingeordnet. Es handelt sich bei den Antworten wiederum um Mehrfachantworten, sie werden jedoch als Gesamtantworten ausgewertet und dargestellt. Keine signifikanten Unterschiede gibt es bei folgenden Antworten: „therapieunabhängige Erwartungen (common factors)“ (Bsp.: Abstand, Erholung) und „weiß ich nicht“.

In Abbildung 31 werden die Antworten dargestellt, in denen der exakte Test nach Fisher signifikante Unterschiede ermittelt:

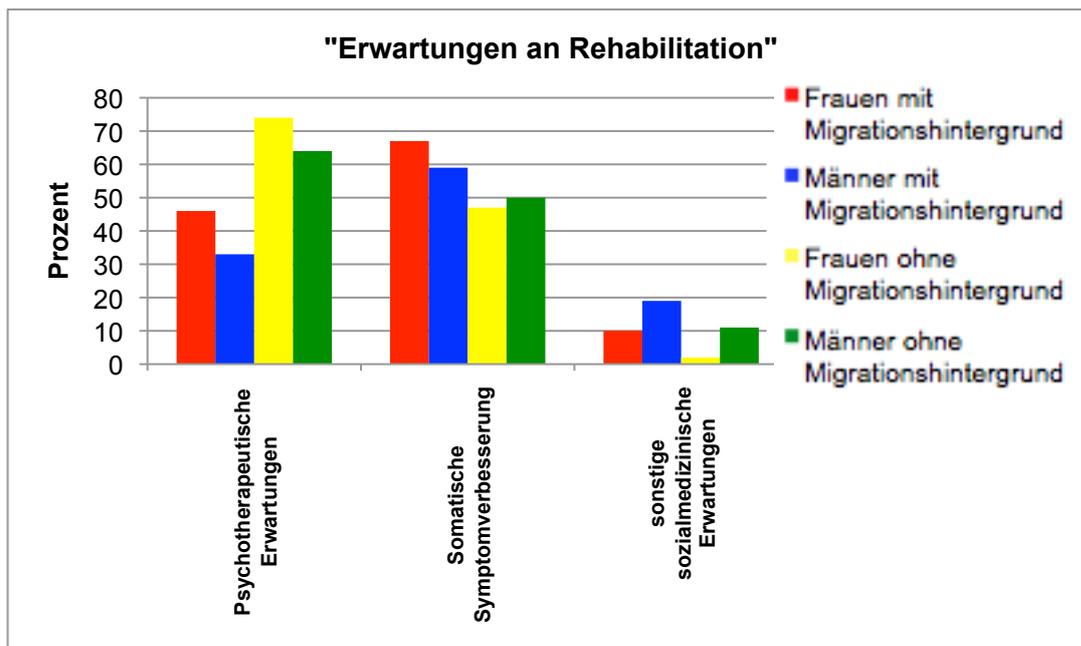


Abbildung 31: Signifikante Antworten auf die Frage „Was erwarten Sie von der Zeit in der Rehabilitation?“

Der Gruppenvergleich zeigt, dass sich die Gruppen mit und ohne Mh. in den Kategorien „psychotherapeutische Erwartungen“ (Bsp.: „Ich möchte lernen, nein zu sagen“) ( $p=0,001$ ) und „somatische Symptomverbesserung“ (Bsp.: „Ich möchte, dass meine Rückenschmerzen besser werden“) ( $p=0,034$ ) signifikant unterscheiden. Wie aus Abbildung 31 ersichtlich, nennen Frauen und Männer ohne Mh. die Kategorie „psychotherapeutische Erwartungen“ signifikant häufiger als die Männer mit Mh. ( $p<0.0001$  bzw.  $p=0,031$ ). Frauen ohne Mh. nennen diese Kategorie am häufigsten und unterscheiden sich ebenso signifikant von den Frauen mit Mh. ( $p=0,012$ ). Die Kategorie „somatische Symptomverbesserung“ wird von den Frauen mit Mh. am häufigsten genannt. Sie unterscheiden sich signifikant von den Frauen ohne Mh. ( $p=0,038$ ). Die Kategorie „sonstige sozialmedizinische Erwartungen“ (Bsp.: GdB, sozialmedizinische Beratung) wird insgesamt von einem geringen Anteil der Pat. genannt. Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen den Frauen ohne und Männer mit Mh. die diese Kategorie am häufigsten nennen ( $p=0,024$ ).

Es ist festzuhalten, dass Pat. ohne Mh. insgesamt mehr Antworten gaben als die Migrantengruppe. Die Gruppe ohne Mh. erwartet häufiger psychotherapeutische Interventionen. Männer mit Mh. erwarten am häufigsten sozialmedizinische Beratung.

### 3.6.2 Erwartungen an die Rehabilitation, eingeschätzt anhand einer Skala

Keine signifikanten Unterschiede gibt es in den Erwartungen, „Hilfe bei der Rentenantragsstellung“, „das Selbstbewusstsein stärken“ sowie „eine genaue Diagnose zu erhalten“.

**Tabelle 20: Signifikante Unterschiede in den Erwartungen an den Rehaaufenthaltes zwischen Patienten mit und ohne Migrationshintergrund (1=trifft voll zu; 2=trifft eher zu; 3=trifft eher nicht zu; 4=trifft überhaupt nicht zu)**

Erwartung	Gruppe mit Migrationshintergrund	Gruppe ohne Migrationshintergrund	Signifikanz
„Erholung“	1,71±0,983	1,33±0,644	p=0,001
„Erhöhung körperlicher Leistungsfähigkeit“	2,11±1,154	1,64±1,381	p<0,0001
„Wie früher arbeiten können“	2,65±1,279	2,15±1,198	p=0,001
„Bestätigung einer verminderten Leistungsfähigkeit“	2,32±1,357	3,24±1,250	p<0,0001

Die Analyse mit dem U-Test zeigt, dass die Gruppe der Pat. ohne Mh. signifikant häufiger als Pat. mit Mh. erwarten, „sich zu erholen“ (U=2254; Z=-3,424; p=0,001), „körperlich wieder mehr leisten zu können“ (U=1792,5; Z=-3,784; p<0,0001) und „wie früher arbeiten zu können“. Pat. mit Mh. erwarten hingegen signifikant häufiger eine Bestätigung ihrer verminderten Leistungsfähigkeit (siehe Tabelle 20).

**Tabelle 21: Signifikante Unterschiede der Erwartungen an den Rehaufenthaltes zwischen den Patienten mit und ohne Migrationshintergrund, differenziert nach Geschlecht (1=trifft voll zu; 2=trifft eher zu; 3= trifft eher nicht zu; 4=trifft überhaupt nicht zu)**

Erwartung	Gruppe mit Migrationshintergrund/ weiblich	Gruppe mit Migrationshintergrund/ männlich	Gruppe ohne Migrationshintergrund/ weiblich	Gruppe ohne Migrationshintergrund/ männlich
„Erholung“	N=48 1,60±0,869	N=27 1,89±1,155	N=48 1,34±0,700	N=27 1,32±0,548
„Erhöhung körperlicher Leistungsfähigkeit“	2,02 ± 1,110	2,26 ± 1,228	1,60 ± 0,648	1,71 ± 0,976
„Wie früher arbeiten können“	2,83±1,290	2,22±1,209	2,13±1,293	2,19±1,030
„Bestätigung einer verminderten Leistungsfähigkeit“	2,10±1,300	2,70±1,382	3,21±1,301	3,29±1,180

Wie aus Tabelle 21 ersichtlich, erwarten Männer mit Mh. am wenigsten sich zu erholen, sie unterscheiden sich signifikant von den Frauen (U=469; Z=-2,226; p=0,026) und Männern mit Mh. (U=412; Z=-2,389; p=0,040). Frauen ohne Mh. erwarten am häufigsten, während des Aufenthaltes ihre körperliche Leistungsfähigkeit zu erhöhen, sie unterscheiden sich signifikant von den Männern mit Mh. (U=459; Z=-2,214; p=0,034) Frauen mit Mh. erwarten am wenigsten, durch die Reha. wie früher arbeiten zu können, sie unterscheiden sich signifikant von den Frauen (U=788; Z=-2,535; p=0,011) und Männer ohne Mh. (U=448,5; Z=-2,294; p=0,022). Frauen mit Mh. erwarten „eher“ eine Bestätigung ihrer verminderten Leistungsfähigkeit, sie unterscheiden sich hochsignifikant von den Frauen (U=637; Z=-3,741; p<0,0001) und Männern ohne Mh. (U=362; Z=-3,609; p<0,0001) die „eher nicht“ eine Bestätigung ihrer verminderten Leistungsfähigkeit erwarten.

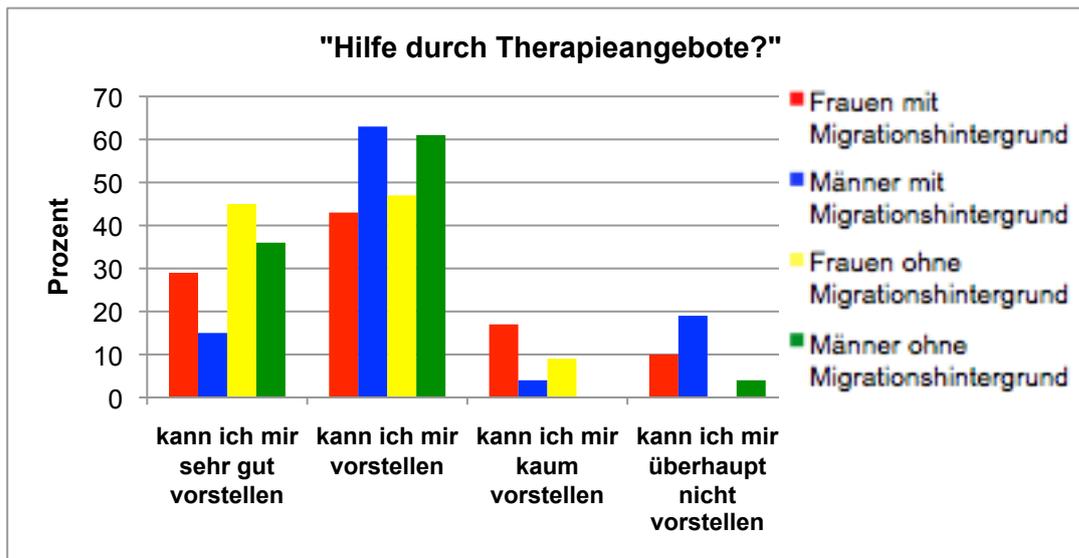


Abbildung 32: Antworten auf die Frage: „Können Sie sich vorstellen, dass Ihnen durch die Therapieangebote in der Rehabilitation geholfen werden kann?“

Abbildung 32 zeigt, dass der Großteil der Pat. einer Besserung durch die Therapieangebote in der psychosomatischen Reha. optimistisch gegenübersteht. Das Ergebnis des U-Tests zeigt, dass sich die Gruppen mit und ohne Mh. dennoch signifikant voneinander unterscheiden ( $U=2034$ ;  $Z=-3,214$ ;  $p=0,001$ ). Pat. ohne Mh. sind signifikant optimistischer ( $1,67 \pm 0,644$ ) als Pat. mit Mh. ( $2,15 \pm 0,940$ ). Männer mit Mh. antworten auf die Frage am negativsten ( $2,26 \pm 0,944$ ) und unterscheiden sich signifikant von den Frauen ( $1,64 \pm 0,640$ ;  $U=403$ ;  $Z=-2,302$ ;  $p=0,021$ ) und Männern ohne Mh. ( $1,71 \pm 0,659$ ;  $U=257$ ;  $Z=-2,358$ ;  $p=0,018$ ). Frauen ohne Mh. sind am optimistischsten und unterscheiden sich ebenfalls signifikant von den Frauen mit Mh. ( $2,08 \pm 0,942$ ;  $U=842$ ;  $Z=-2,302$ ;  $p=0,001$ ).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Gruppe der Pat. ohne Mh. am häufigsten psychotherapeutische Erwartungen hat und optimistischer bzgl. einer Erholung, Erhöhung ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit und Herstellung bzw. Beibehaltung ihrer Arbeitsfähigkeit ist. Frauen ohne Mh. zeigen sich hier am optimistischsten. Ein großer Anteil der Pat. steht einer möglichen Hilfe durch die Reha. positiv gegenüber, jedoch gibt es auch hier einen signifikanten Unterschied der Pat. mit und ohne Mh., indem die Pat. ohne Mh. noch optimistischer sind.

### 3.7 Unterschiede in den Veränderungsressourcen

In den meisten erfragten Veränderungsressourcen zeigen die Ergebnisse des exakten Tests nach Fisher keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen, auch nicht differenziert nach Geschlecht: „Haben Sie Hilfe zuhause?“ und „Haben Sie Hobbys?“. Auch in den Variablen „Unterstützung durch Freunde“ und „Unterstützung durch Familie“ zeigt der Chi-Quadrat-Test keine signifikanten Unterschiede. Der U-Test zeigt keinen signifikanten Unterschied in der Variablen „Motivation für die bevorstehende Behandlung“.

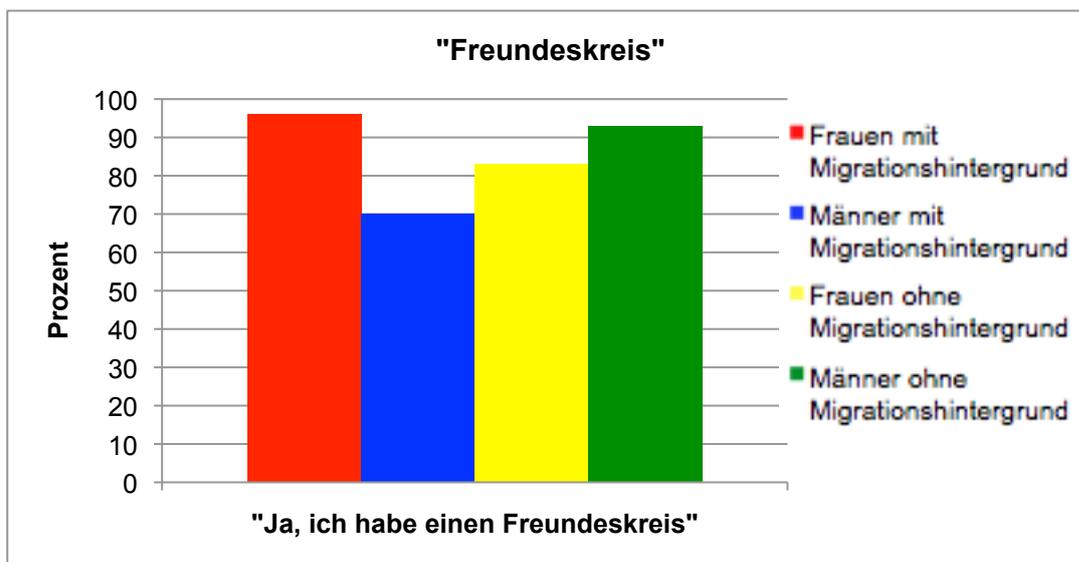


Abbildung 33: Antwort auf die Frage: „Haben Sie einen Freundeskreis?“

Wie aus Abbildung 33 ersichtlich ist die Gruppe der Männer mit Mh. die Gruppe, von denen nur 70% die Existenz eines Freundeskreises bejahen. Hingegen haben 97% der Frauen mit Mh. einen Freundeskreis. Diese Gruppen unterscheiden sich signifikant voneinander ( $p=0,008$ ).

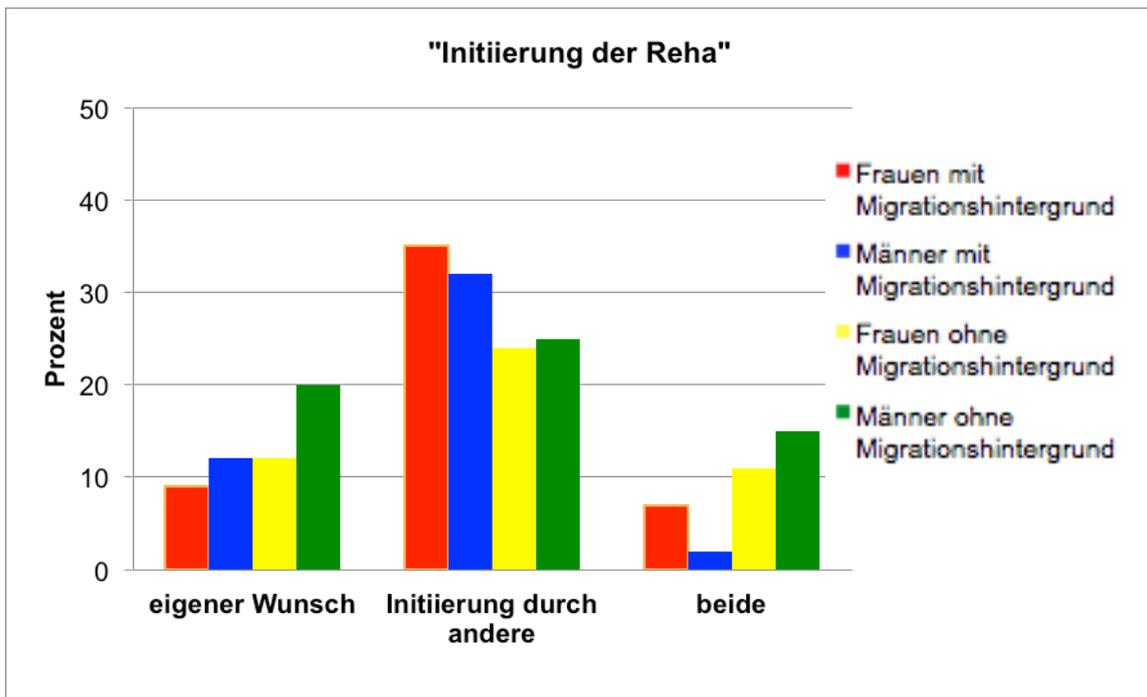


Abbildung 34: Antwort auf die Frage: „Wer hat ihre Rehabilitation initiiert?“

Wie aus Abbildung 34 ersichtlich kommen Pat. mit Mh. häufiger auf Anraten anderer in die Reha. Der Chi-Quadrat-Test zeigt einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen mit und ohne Mh. ( $\chi^2=10,206$ ;  $df=2$ ;  $p= 0,006$ ). Es gibt jedoch keinen signifikanten Unterschied in der Motivation der Pat.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Pat. mit Mh. in vielen Aspekten die gleichen positiven Ressourcen aufweisen wie Pat. ohne Mh. Frauen mit Mh. unterscheiden sich von den Männern mit Mh. darin, dass sie häufiger berichten, in einen Freundeskreis integriert zu sein. Die Gruppe der Migranten kommt häufiger auf Anraten anderer in die Reha.

### 3.8 Unterschiede hinsichtlich der Erwartungen zur sozialmedizinischen Begutachtung in der Rehabilitation

Die Erwartungen der Pat. an die sozialmedizinische Begutachtung wurden ebenfalls anhand verschiedener Fragen eruiert. Wie bereits oben dargestellt, erwarten Pat. mit Mh. signifikant häufiger eine sozialmedizinische Beratung bzw. die Frauen mit Mh. eine Bestätigung ihrer verminderten Leistungsfähigkeit. Es gibt hingegen keinen Unterschied in dem Wunsch auf Hilfe bei der Rentanantragsstellung während ihres Rehaaufenthaltes.

Neben der subjektiven Einschätzung ihrer allgemeinen Leistungsfähigkeit zu den drei Zeitpunkten wurden den Pat. im Aufnahmeinterview drei Fragen aus der subjektiven Erwerbsprognose von Mittag und Raspe (2003) gestellt und somit weitere sozialmedizinische Erwartungen erfragt.

### 3.8.1 Selbsteinschätzung der allgemeinen Leistungsfähigkeit im Querschnitt

**Tabelle 22: Vergleich bezüglich der selbsteingeschätzten allgemeinen Leistungsfähigkeit im Querschnitt zwischen den Gruppen mit und ohne Migrationshintergrund (1=sehr gut, 2=eher gut, 3=weder noch, 4=eher schlecht, 5=sehr schlecht)**

Zeitpunkt	Gruppe mit Migrationshintergrund	Gruppe ohne Migrationshintergrund	Signifikanz
Aufnahme	3,75±1,152	3,12±1,139	p=0,001
Entlassung	3,37±1,088	2,37±1,136	p<0,0001
Katamnese	3,74±1,024	2,56±1,214	p<0,0001

Die Analyse mit dem U-Test zeigt, dass sich Pat. mit und ohne Mh. hinsichtlich der Einschätzung ihrer allgemeinen Leistungsfähigkeit zu allen drei Zeitpunkten signifikant voneinander unterscheiden (siehe Tabelle 22). Pat. ohne Mh. schätzen ihre allgemeine Leistungsfähigkeit zum Aufnahme- (U=1930; Z=-3,431; p=0,001) signifikant positiver ein als Pat. mit Mh. Die Pat. mit Mh. schätzen ihre Leistungsfähigkeit im Durchschnitt zum Aufnahme- und Katamnesezeitpunkt als „eher schlecht“ ein Pat. ohne Mh. als „weder noch“ bzw. „eher gut“.

**Tabelle 23: Vergleich bezüglich der selbsteingeschätzten allgemeinen Leistungsfähigkeit im Querschnitt zwischen den Gruppen mit und ohne Migrationshintergrund, differenziert nach Geschlecht (1=sehr gut, 2=eher gut, 3=weder noch, 4=eher schlecht, 5=sehr schlecht)**

Zeitpunkt	Gruppe mit Migrationshintergrund/ weiblich	Gruppe mit Migrationshintergrund/ männlich	Gruppe ohne Migrationshintergrund/ weiblich	Gruppe ohne Migrationshintergrund/ männlich
Aufnahme	3,98±0,97	3,33±1,33	3,09±1,19	3,18±1,05
Entlassung	3,42±1,04	3,20±1,17	2,38±1,20	2,36±1,02
Katamnese	3,82±1,00	3,58±1,06	2,60±1,21	2,50±1,24

Die Ergebnisse des U-Tests ergeben, dass sich Frauen mit Mh. zum Aufnahme- (U=649; Z=-3,677; p<0,0001), Entlass- (U=600; Z=-4,060; p<0,0001) und zum Katamnesezeitpunkt (U=432,5; Z=-4,471; p<0,0001) hochsignifikant von den Frauen ohne Mh. unterscheiden. Frauen mit Mh. unterscheiden sich ebenfalls zum

Aufnahmezeitpunkt signifikant ( $U=394$ ;  $Z=-3,119$ ;  $p=0,002$ ), zum Entlass- ( $U=329$ ;  $Z=-3,836$ ;  $p<0,0001$ ) und Katamnesezeitpunkt ( $U=250,5$ ;  $Z=-4,102$ ;  $p<0,0001$ ) hochsignifikant von den Männern ohne Mh. Während sich die Gruppe der Männer mit Mh. in ihrer Einschätzung zum Zeitpunkt der Aufnahme noch nicht signifikant von den Frauen und Männern ohne Mh. unterscheiden gibt es zum Entlass- ( $U=374,5$ ;  $Z=-3,014$ ;  $p=0,003$ ) und zum Katamnesezeitpunkt einen signifikanten Unterschied zu den Frauen ohne Mh. ( $U=275,5$ ;  $Z=-3,134$ ;  $p=0,002$ ). Zum Entlass- ( $U=210,5$ ;  $Z=-2,924$ ;  $p=0,003$ ) und Katamnesezeitpunkt ( $U=160$ ;  $Z=-3,033$ ;  $p=0,002$ ) gibt es auch einen signifikanten Unterschied zu den Männern ohne Mh.

### 3.8.2 Selbsteinschätzung der allgemeinen Leistungsfähigkeit im Längsschnitt

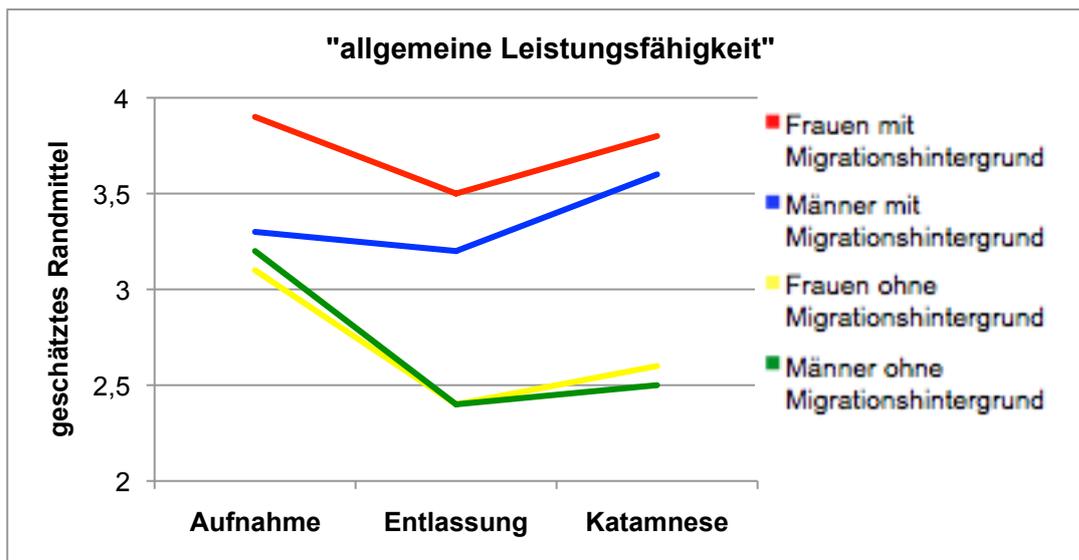


Abbildung 35: Verlauf der selbsteingeschätzten allgemeinen Leistungsfähigkeit im Vergleich der Gruppen x Geschlecht (1=sehr gut, 2=eher gut, 3=weder noch, 4=eher schlecht, 5=sehr schlecht)

Der Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben ergibt eine hochsignifikante Verbesserung der Einschätzung der allgemeinen Leistungsfähigkeit bei den Frauen ohne Mh. ( $Z=-3,759$ ;  $p<0,0001$ ) und signifikanten Unterschied bei den Männern ohne Mh. ( $Z=-3,104$ ;  $p=0,002$ ) im Vergleich von Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt. Auch die Frauen mit Mh. zeigen eine Verbesserung im Vergleich von Aufnahme- und Entlasszeitpunkt ( $Z=-3,067$ ;  $p=0,002$ ), dieser Unterschied geht jedoch zum Katamnesezeitpunkt verloren, so dass es im Prä-

Postvergleich keine signifikante Verbesserung in dieser Gruppe gibt. Anders bei den Frauen und Männern ohne Mh.: trotz leichter Verschlechterung zum Katamnesezeitpunkt bleibt eine Verbesserung im Vergleich Aufnahme-Katamnese bei den Frauen ( $Z=-3,443$ ;  $p=0,001$ ) und Männern ohne Mh. ( $Z=-2,643$ ;  $p=0,008$ ) bestehen. Die einzige Gruppe, die wiederum keine signifikante Verbesserung weder zum Entlass- noch zum Katamnesezeitpunkt zeigt, ist die Gruppe der Männer mit Mh.

### 3.8.3 Fragen zur subjektiven Erwerbsprognose zum Aufnahmezeitpunkt

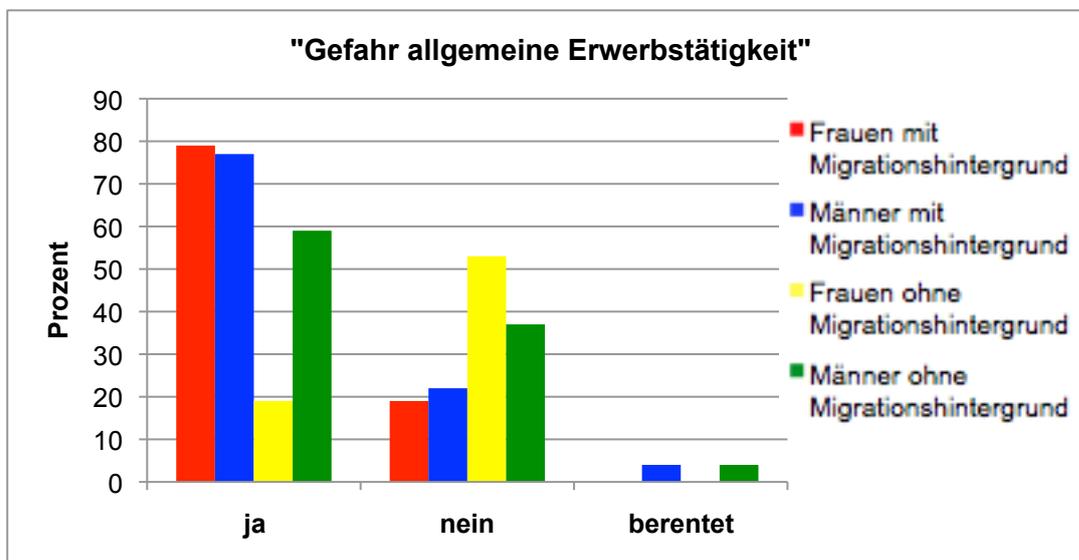
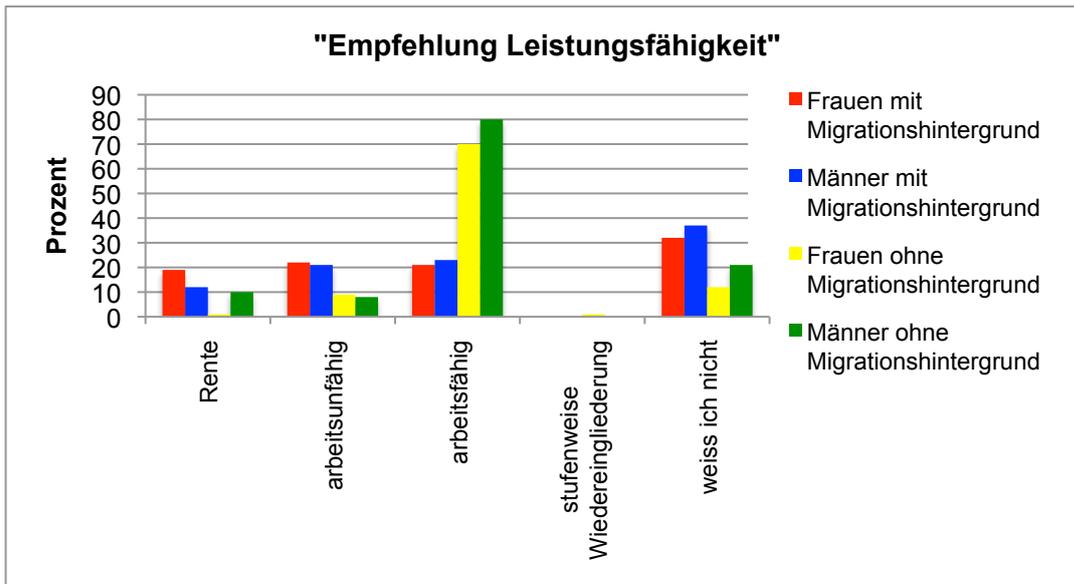


Abbildung 36: Antworten auf die Frage: „Sehen sie ihre allgemeine Erwerbstätigkeit dauerhaft gefährdet?“

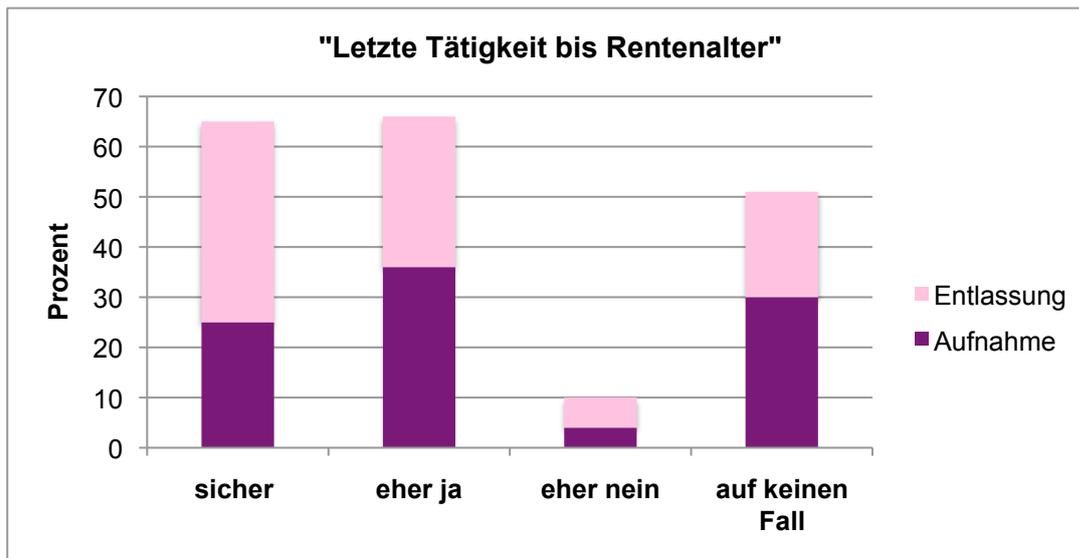
Abbildung 36 zeigt, dass Frauen ohne Mh. ihre allgemeine Erwerbstätigkeit am seltensten in Gefahr sehen. Der Chi-Quadrat-Test zeigt einen hochsignifikanten Unterschied zwischen den Gruppen mit und ohne Mh. ( $\chi^2=20,416$ ;  $df=4$ ;  $p<0,0001$ ). Die Gruppe der Frauen ohne Mh. unterscheidet sich hochsignifikant von den Frauen ( $\chi^2=19,6$ ;  $df=3$ ;  $p<0,0001$ ) und signifikant von den Männern mit Mh. ( $\chi^2=14,477$   $df=3$ ;  $p=0,002$ ). Darüber hinaus gibt es keine signifikanten Unterschiede.



**Abbildung 37: Antworten auf die Frage: „Am Ende ihres Aufenthaltes wird der Arzt eine Einschätzung ihrer Leistungsfähigkeit machen. Was glauben Sie, wird er empfehlen?“**

Die Ergebnisse des Chi-Quadrat-Tests zeigen, dass sich Pat. mit und ohne Mh. signifikant ( $\chi^2=16,064$ ;  $df=5$ ;  $p=0,013$ ) in der Einschätzung ihrer Leistungsfähigkeit durch den Arzt unterscheiden. Wie aus Abbildung 37 ersichtlich, glauben Frauen und Männer ohne Mh. häufiger als Pat. mit Mh., dass sie arbeitsfähig (AF) entlassen werden. Frauen ohne Mh. unterscheiden sich signifikant von den Frauen ( $\chi^2=13,864$ ;  $df=5$ ;  $p=0,016$ ) und Männern mit Mh. ( $\chi^2=14,647$ ;  $df=5$ ;  $p=0,012$ ). Darüber hinaus gibt es keine signifikanten Unterschiede.

Die Frage „Glauben Sie, dass sie ihre derzeitige (letzte) Tätigkeit bis zum Erreichen ihres Rentenalters ausüben können?“ wurde den Pat. zum Aufnahme- wie Entlasszeitpunkt gestellt. Im Querschnitt unterscheidet sich die Gruppe mit Mh. ( $3,43 \pm 1,187$ ) hochsignifikant ( $U=1718$ ;  $Z=-4,206$ ;  $p<0,0001$ ) von den Pat. ohne Mh. ( $2,66 \pm 1,348$ ). Die Gruppe ohne Mh. schätzt diese Frage positiver ein (1=sicher; 2=eher ja; 3=eher nein; 4=auf keinen Fall). Die Gruppe der Frauen ohne Mh. beantwortet die Frage am optimistischsten ( $2,53 \pm 1,333$ ), und sie unterscheiden sich hochsignifikant von den Frauen ( $3,46 \pm 1,148$ ;  $U=584$ ;  $Z=-4,231$ ;  $p<0,0001$ ) und Männern mit Mh. ( $3,37 \pm 1,275$ ;  $U=296$ ;  $Z=-3,955$ ;  $p<0,0001$ ).



**Abbildung 38: Beantwortung der Frage „Glauben sie, dass sie ihre derzeitige (letzte) Tätigkeit bis zum Erreichen des Rentenalters ausüben können“ im Längsschnitt durch die Frauen ohne Migrationshintergrund**

Die Frage „Glauben sie, dass sie ihre derzeitige (letzte) Tätigkeit bis zum Erreichen des Rentenalters ausüben können?“ wurde zum Aufnahme- und Entlasszeitpunkt gestellt. Im Längsschnitt zeigen die Ergebnisse des Wilcoxon-Tests für abhängige Stichproben einzig eine signifikante Veränderung in der Beantwortung dieser Frage bei der Gruppe der Frauen ohne Mh. ( $Z=-2,445$ ;  $p=0,015$ ). Wie Abbildung 38 zeigt, bewerten sie zum Entlasszeitpunkt die Wahrscheinlichkeit optimistischer, ihre letzte Tätigkeit bis zum Rentenalter ausüben zu können als zum Aufnahmezeitpunkt. Bei den anderen Gruppen verändert sich die Einschätzung nicht.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass sich auch in der Einschätzung der allgemeinen Leistungsfähigkeit die Frauen mit Mh. am schlechtesten einschätzen, sie jedoch zum Entlasszeitpunkt eine signifikante Verbesserung der Einschätzung zeigen. In den Fragen zur subjektiven Erwerbsprognose zeigt sich im Gruppenvergleich (mit und ohne Mh.), dass Pat. mit Mh. ihre allgemeine Erwerbstätigkeit wie auch die Leistungsfähigkeit, bezogen auf ihre letzte Tätigkeit bis zum Rentenalter, signifikant negativer einschätzen als die Gruppe der Pat. ohne Mh. Sie schätzen sich zudem signifikant häufiger arbeitsunfähig zum Zeitpunkt der Entlassung ein als Pat. ohne Mh. Differenziert nach Geschlecht unterscheidet sich jedoch nur die Gruppe der Frauen ohne Mh. in der Einschätzung der allgemeinen Erwerbstätigkeit sowie der Einschätzung der

Leistungsfähigkeit bezogen auf die letzte Tätigkeit bis zum Rentenalter von den Frauen und Männern mit Mh. In der Einschätzung der ärzteempfehlung bzgl. ihrer Leistungsfähigkeit am Ende des Aufenthaltes (indirekt eigene Einschätzung) unterscheiden sich ebenfalls die Frauen mit Mh. signifikant von den Frauen und Männern mit Mh. Die Gruppe der Männer ohne Mh. unterscheiden sich hier signifikant von den Frauen mit Mh. Bei der Gruppe der Frauen ohne Mh. gibt es als einzige eine Veränderung dieser Einschätzung vom Aufnahme- zum Entlassinterview (Längsschnitt). Sie verbessern sich in ihrer Einschätzung noch einmal signifikant. Die positiven Antworten der Frauen ohne Mh. auf die Fragen zur subjektiven Erwerbsprognose spiegelt die positive Bewertung dieser Gruppe hinsichtlich ihrer Verbesserung ihrer Symptomatik wieder.

### **3.9 Welche Rolle spielen Deutschkenntnisse für das Rehabilitationsergebnis?**

Die Deutschkenntnisse der Pat. wurden durch verschiedene Fragen evaluiert. Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den männlichen und weiblichen Pat. mit Mh. in den folgenden Fragen: „Sprechen Sie Deutsch zuhause?“, „Sprechen Sie Deutsch bei der Arbeitsstelle?“, „Fühlen Sie sich durch ihre Deutschkenntnisse eingeschränkt?“, „Glauben Sie, dass die Ärzte immer verstehen, wenn sie ihnen etwas sagen?“, „Verstehen Sie die Ärzte immer, wenn Sie etwas sagen?“.

Es kam zudem zu einer Fremdeinschätzung der Deutschkenntnisse durch die wissenschaftliche Mitarbeiterin am Ende des Erstinterviews. Die Verständnis- und Mitteilungsfähigkeiten wurden anhand einer 4-stufigen Skala eingeschätzt (1= uneingeschränkte Verständnis- bzw. Mitteilungsfähigkeit, 2=leichtes Problem, 3= großes Problem, 4=Pat. hat diese Fähigkeit gar nicht). Auch hier gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen den Verständnis- und Mitteilungsfähigkeiten der weiblichen und männlichen Pat. In der Fremdeinschätzung wurden die Verständnis- und Mitteilungsfähigkeiten der Frauen ( $1,66 \pm 0,668$ ) und Männer ( $1,78 \pm 0,698$ ) mit Mh. im Mittel mit „leichtes sprachliches Problem“ bewertet.

Um zu überprüfen, ob es einen Zusammenhang gibt zwischen der Fremdeinschätzung der Projektleiterin und der Einschätzung der Pat. bzgl. sprachlicher Probleme bei den Therapien, wurde der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman berechnet. Das Ergebnis zeigt mittlere und signifikant negative

Zusammenhänge ( $r=-0,524$ ;  $p=0,001$ ) zwischen der Fremd- und Selbsteinschätzung. Je mehr ein Pat. versteht bzw. sich mitteilen kann, desto weniger sprachliche Probleme hat er bei den Therapien. Frauen ( $2,39\pm 0,561$ ) und Männer ( $2,42\pm 0,645$ ) mit Mh. bewerteten ihre Probleme auf einer 4-stufigen Skala (1=keine; 2=etwas; 3=große; 4=sehr große) und geben im Schnitt an, „etwas“ sprachliche Probleme bei den Therapien gehabt zu haben.

Um zu überprüfen, ob das Rehaergebnis von den Deutschkenntnissen abhängt, wurde untersucht, ob es einen Zusammenhang zwischen der sprachlichen Selbsteinschätzung der Pat. („Gab es sprachliche Probleme bei den Therapien?“) und der Selbsteinschätzung der Befindlichkeit gibt. Es zeigt sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Einschätzung sprachlicher Probleme bei den Therapien und der Selbsteinschätzung des körperlichen, seelischen, sowie Allgemeinbefindens zu einem der drei Zeitpunkte. Ebenfalls gibt es keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der sozialmedizinischen Erwartung sowie der sozialmedizinischen Einschätzung am Ende des Aufenthaltes durch den Therapeuten und den Deutschkenntnissen. Es gibt ebenfalls keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem beruflichen Status zum Katamnesezeitpunkt und den Deutschkenntnissen.

In der vorliegenden Studie findet sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Angabe sprachlicher Probleme und der Zufriedenheit der Pat. mit dem Rehaufenthalt.

Um zu überprüfen, ob es Zusammenhänge gibt, wenn die Kategorien in „sprachliche Probleme“ und „keine sprachlichen Probleme“ zusammengefasst werden, wurden alle genannten Faktoren dahingehend berechnet, doch auch so fanden sich keine signifikanten Zusammenhänge.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die sprachlichen Fähigkeiten der Pat. keinen Einfluss auf das Behandlungsergebnis haben.

### **3.10 Subgruppen der Patienten mit Migrationshintergrund**

Es wurden die Subgruppen „Nationalitäten“ sowie „Dauer der Migration“ auf Unterschiede in der Symptomatik und Behandlungsergebnis (subjektive Einschätzung der Befindlichkeit) getestet.

Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Nationalitäten hinsichtlich Symptomatik und Behandlungsergebnis. Um die Gruppengröße der Gruppe „Nationalität“ zu erhöhen, wurden die Gruppen zusammengefasst in „ehemalige Sowjetunion“, „ehemaliges Jugoslawien“ sowie „ehemalige Tschechoslowakei“. Auch nach dieser Zusammenfassung ergeben sich keine signifikanten Unterschiede im Behandlungsergebnis sowie Symptomatik (Selbsteinschätzung/Befinden). Noch einmal kam es zu einer Datenzusammenfassung der Nationalitäten in „Süd“ und „Ost“. Auch hier ergeben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Da in der Studie von Pfeiffer (2010) die russlanddeutschen Pat. vergleichbar gut in den Rehaergebnissen abschnitten wie die Pat. ohne Mh. wurde die Gruppe der russlanddeutschen Pat. gegen die anderen Nationalitäten getestet. Es ergeben sich auch hier keine signifikanten Unterschiede in der Symptomatik und dem Behandlungsergebnis, weder im Quer- noch Längsschnitt.

Ergänzend wurde untersucht, ob es einen Unterschied in der Symptomatik wie auch im Behandlungsergebnis der Pat. mit Mh. in Abhängigkeit von ihrer Migrationsdauer gibt. Auch hier ergibt sich kein signifikanter Unterschied.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass es keinen signifikanten Unterschied zwischen den Nationalitäten und der Migrationsdauer in den Punkten Symptomatik und Behandlungsergebnis gibt.

## **4 Diskussion**

Zuerst erfolgt die Diskussion von Design und Methode der Studie, einschließlich methodischer Aspekte. Orientiert an der Reihenfolge der Fragestellungen werden dann die Ergebnisse diskutiert. Da der Forschungsstand hinsichtlich der Behandlung von Pat. mit Mh. in der psychosomatischen Reha. noch recht eingeschränkt ist, werden die Ergebnisse mit Studien verglichen, in denen die Definition von Migration und somit der Ein- oder Ausschluss von Patientengruppen zum Teil unterschiedlich zu der hier vorliegenden Studie ist. Darüber hinaus ist der Vergleich mit Ergebnissen anderen Studien auch aufgrund der heterogenen Nationalitäten der untersuchten Migrantengruppe nur eingeschränkt möglich.

### **4.1 Diskussion von Design und Methode**

#### **Halbstrukturierte Interviews**

Schmeling-Kludas et al. (2002) benennen mangelnde Deutschkenntnisse, geringe Schulbildung und kulturelle Barrieren als Gründe, die die üblichen Fragebogenerhebungen erschweren. Voruntersuchungen mit Fragebögen zeigen bei der hier interessierenden Population eine hohe Drop-out-Rate, was wissenschaftlich fundierte Aussagen erschwert. Aus diesem Grund wurde als methodisches Vorgehen für die vorliegende Studie das halbstrukturierte Interview gewählt. Bei der Anwendung der entwickelten Interviews zeigte sich, dass einige Formulierungen missverständlich oder zu schwer waren, so dass diese Formulierungen dem Sprachverständnis der Pat. angepasst wurden. Orientiert an den halbstrukturierten Interviews von Sleptsova et al. (2009) wurden mögliche Gründe für Beschwerden abgefragt. Die Pat. schätzten auf einer 4-stufigen Skala ein, ob der genannte Grund einen Einfluss hatte: „hat einen großen Einfluss“ (=1) bis „hat keinen Einfluss“ (=4). Bei der Anwendung dieser Frage zeigte sich, dass Pat. mit Mh. vielfach dachten, eine Einschätzung vorzunehmen, ob entsprechende Problembereiche vorliegen und nicht ob sie diese auch als Grund für ihre Beschwerden ansehen. Die Antworten auf diese Fragestellung können entsprechend nur eingeschränkt interpretiert werden.

Ingesamt dauerten die Interviews mit den Pat. mit Mh. im Schnitt 20 Minuten länger als bei Pat. ohne Mh. Ein Dolmetscher kam dreimal zum Einsatz wobei Pat. mit großen sprachlichen Problemen trotz übersetztem Informationsmaterial häufig die Teilnahme in die Studie verweigerten. Ein muttersprachlicher Interviewer wäre hier von Vorteil gewesen. Während Fragebogenkatamnesen (allerdings nach einem Jahr) bei Oster et al. (2006) nur einen Rücklauf von 34% zeigen, liegt die Drop- Out Rate zum Katamnesezeitpunkt bei den Pat. mit und ohne Mh. nur bei 8%. Die Wahl des halbstrukturierten Interviews als methodisches Vorgehen hat sich entsprechend bewährt.

### **Fragebögen der Basisdokumentation**

Neben den halbstrukturierten Interviews wurde teilweise die schriftliche Basisdokumentation für die Datenerhebung verwendet, die noch vor Behandlungsbeginn von den Pat. auszufüllen war. Diese stand bei den Pat. mit Mh. von 84%, bei den Pat. ohne Mh. von 80% zur Verfügung. Aus dieser Basisdokumentation wurden Informationen wie Berufstätigkeit, Arbeitsunfähigkeitszeiten etc. verwendet. Der SCL- 90-R (Derogatis, 1986) wurde nicht ausgewertet, da es zu viele fehlende Werte gab und sich auch das Ausfüllen zum Entlass- und Katamnesezeitpunkt als schwierig erwies. Pat. mit Mh. konnten häufig auch den in ihre Muttersprache übersetzten SCL-90 R nicht ausfüllen, da ihnen vielfach auch das Lesen oder Schreiben in ihrer Muttersprache schwer fiel. Pat. mit Mh. gaben häufig an, die Basisdokumentation zusammen mit gut deutsch sprechenden Verwandten ausgefüllt zu haben.

### **Untersuchungsplan**

Um zu überprüfen, ob Verbesserungen als Folge der Reha. lange anhalten sind Nachuntersuchungen erforderlich. In der vorliegenden Studie wurde eine 3-Monatskatamnese durchgeführt. Diese Zeitspanne ist minimal, um Veränderungen nach Rückkehr in die häusliche Umgebung zu erfassen. Im Rahmen von Evaluationsstudien werden häufig Ein-Jahres-Katamnesen präferiert und durchgeführt (Haaf 2005). Da eine Studie mit Pat. der Schlossklinik bei der Befragung nach einem Jahr nur einen Rücklauf von ca. 34%. ergab (Oster et al. 2006) wurde die Entscheidung für die zeitnahe Nachbefragung gefällt auch wenn hierdurch u. U. der weitere Verlauf nicht ausreichend lang erfasst wird. Es ist

jedoch zu erwarten, dass sich schon nach drei Monaten zeigt, ob psychotherapeutische Veränderungen Bestand haben.

### **Generalisierbarkeit der Ergebnisse**

Ziel der Studie war es, möglichst alle Pat. mit Mh. zu untersuchen, die im entsprechenden Untersuchungszeitraum in der Schlossklinik Bad Buchau in Behandlung waren. Durch die Wahl des Interviews und der Möglichkeit des Einsatzes von Dolmetschern sollten auch Pat. mit Mh. erfasst werden, die erhebliche sprachliche Probleme hatten, da gerade bei dieser Patientengruppe Probleme bei der Behandlung zu erwarten sind. Im Verlauf der Datenerhebung zeigte sich, dass Pat. mit grossen sprachlichen Problemen häufig trotz übersetztem Informationsmaterial die Einwilligung in die Teilnahme der Studie ablehnten. Vor allem türkische Pat. verweigerten häufig die Teilnahme, so dass diese Migrantengruppe in der vorliegenden Studie unterrepräsentiert ist. Die Generalisierbarkeit der Ergebnisse ist somit entsprechend eingeschränkt.

### **Alpha Adjustierung**

Auf eine  $\alpha$ -Adjustierung wurde wegen des explorativen Charakters der Studie verzichtet.

## **4.2 Diskussion der Fragestellungen und Hypothesen**

1. In der ersten Fragestellung der Studie wurde untersucht, ob es einen Unterschied der Pat. mit und ohne Mh. hinsichtlich ihrer soziodemographischen Daten gibt.

Es wurden 94 weibliche und 56 männliche Pat. interviewt. In der Untersuchung von Oster (2007) wurden ebenfalls konsekutiv aufgenommene Pat. aus der Schlossklinik untersucht. Der Anteil der untersuchten Frauen lag hier bei 59% vs. 41% männliche Pat. Im Vergleich zu der Untersuchung von Oster sind in der hier vorliegenden Studie demnach die Frauen überrepräsentiert. Dieses Ungleichgewicht könnte vor allem daran liegen, dass die Frauen mit Mh. eher in die Teilnahme an der Studie einwilligten (vor allem Frauen aus der ehemaligen Sowjetunion) als die Männer mit Mh. Während in der Studie von Pfeiffer et al. (2010a) die Pat. mit Mh. signifikant häufiger als die Pat. ohne Mh. verheiratet sind, gibt es in dieser Studie einzig einen signifikanten Unterschied in den Anzahl der

Ehen. Pat. ohne Mh. sind signifikant häufiger mehrfach verheiratet als Pat. mit Mh., wobei Frauen ohne Mh. am häufigsten mehrfach verheiratet sind. Mit dem Durchschnittsalter von 50,1 Jahren sind die Pat. im Vergleich zu den befragten Pat. der Pfeiffer et al. Studie (2010a) (47,9 Jahre) etwas älter. Die Pat. mit und ohne Mh. unterscheiden sich kaum hinsichtlich der soziodemographischen Daten. In der Studie von Pfeiffer et al. (2010b) gibt es signifikante Unterschiede im schulischen Bildungsniveau zwischen den Pat. mit und ohne Mh. Dieser Faktor wird bei Pfeiffer et al. (2010b) als ein negativer Kontextfaktor diskutiert, mit dem das schlechtere Behandlungsergebnis der Pat. mit Mh. in der psychosomatischen Reha. erklärt werden kann. In der vorliegenden Studie wurde dieser Faktor kontrolliert, in dem die Gruppen hinsichtlich der Schulbildung parallelisiert wurden, so dass das Behandlungsergebnis dieser Studie als weitestgehend unabhängig von der Schulbildung interpretiert werden kann.

Die Männer und Frauen mit Mh. sowie die Männer ohne Mh. haben bereits im Durchschnitt einmal eine psychosomatische Reha. absolviert, Frauen ohne Mh. hingegen nicht. Dieses Ergebnis widerspricht Studien, nach denen Personen ausländischer Nationalität medizinische Rehaleistungen seltener in Anspruch nehmen als die Bevölkerung ohne Mh. (Hackhausen 2002). Dies wird später im Rahmen der Symptomatik der Pat. diskutiert.

Im Rahmen der migrationsspezifischen Anamnese wurden ergänzend die Angaben der Frauen und Männer mit Mh. auf geschlechtsspezifische Unterschiede überprüft. Es gibt keinen signifikanten Unterschied in der Nationalität der Frauen und Männer mit Mh. Sie unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich möglicher Rückwanderungspläne, Frauen mit Mh. folgen jedoch signifikant häufiger ihrem Partner nach Deutschland als Männer mit Mh. Die Migrationsmotive, die in der vorliegenden Studie von den Pat. genannt wurden, ähneln denen, die in einer Erhebung von Riecken (2009) in einer Rehaklinik in Osnabrück erhoben wurden. Neben der Familienzusammenführung wird hier häufig die wirtschaftliche Verbesserung als Migrationsmotiv genannt. Darüber hinaus äußern Pat. in der Studie von Riecken (2009) das Motiv: „als Deutsche unter Deutschen leben“. Dieses Motiv gibt es explizit nicht in der vorliegenden Studie, jedoch berichteten rund 20% der Pat. mit Mh., ihren Verwandten gefolgt zu sein und waren entsprechend häufig Spätaussiedler mit deutschen Wurzeln.

Es gibt keinen signifikanten Unterschied bezüglich des Migrationszeitpunktes zwischen den Frauen und Männern mit Mh. Im Durchschnitt leben die Pat. bereits seit 25 Jahren in Deutschland. Auch in der Erhebung von Riecken (2009) immigrierten die Pat. bereits in den 80er bzw. frühen 90er Jahren.

Die Patientenstichprobe dieser Studie umfasst viele verschiedene Nationalitäten. Es muss jedoch angemerkt werden, dass die Gruppe der türkischstämmigen Pat. mit 7% der befragten Pat. nur einen kleinen Teil der befragten Migranten ausmacht und damit nicht ausreichend repräsentativ in der Studie vertreten sind. Dies ist vor allem deshalb kritisch anzumerken, da z.B. in der Studie von Pfeiffer et al. (2010a) gerade die türkischen Pat. ein signifikant schlechteres Behandlungsergebnis aufweisen als russlanddeutsche Pat. Es ist anzunehmen, dass die Ergebnisse der Gruppe mit Mh. durch eine größere Anzahl an türkischen Pat. anders ausgefallen wären. Da die Gruppe der türkischen Pat. nur selten in die Teilnahme der Studie einwilligte, sollte überlegt werden, wie die Motivation von türkischen Pat. zur Teilnahme an zukünftigen Studien verbessert werden kann. Ein türkischsprechender Interviewer könnte möglicherweise ein größeres Vertrauensverhältnis zu den Pat. aufbauen und somit der Motivation zur Teilnahme an einer Studie förderlich sein.

### **Die Patienten mit und ohne Mh. unterscheiden sich kaum hinsichtlich der soziodemographischen Daten.**

2. Die zweite Fragestellung war gerichtet auf die Unterschiede in der Symptomatik und Funktionsbeeinträchtigung zwischen Pat. mit und ohne Mh. Es wurde die Hypothese überprüft, dass die Funktionsbeeinträchtigung der Pat. mit Mh. grösser ist als die der deutschen Pat. und sich die Symptomatik der Pat. mit Mh. von denen ohne Mh. unterscheidet.

Resümierend ist festzustellen, dass Migranten schon „kränker“ und beeinträchtigter in die Reha. kommen. Frauen mit Mh. fühlen sich zum Zeitpunkt der Aufnahme subjektiv im körperlichen wie auch psychischen Bereich am schlechtesten und sind bereits am längsten krank geschrieben. Frauen und Männer mit Mh. scheinen schon bei Aufnahme größere somatische Einschränkungen aufzuweisen als Pat. ohne Mh. (signifikant häufiger GdB, länger krank geschrieben). Im Gegensatz zu den Frauen mit Mh. spiegelt sich dies kaum in der Schilderung der subjektiven Beschwerden der Männer mit Mh. bei

Aufnahme wieder. Männer mit Mh. unterscheiden sich bei Aufnahme kaum in der Einschätzung ihrer subjektiven Beschwerden.

Pat. mit Mh. sind vor der RehaMaßnahme signifikant häufiger krank geschrieben als Pat. ohne Mh. (26% vs. 10%) und im Bereich der Funktionsbeeinträchtigung fühlen sich Pat. mit Mh. bei Aufnahme signifikant mehr beeinträchtigt ihre Aufgaben zuhause und bei der Arbeit zu schaffen. Diese Einschätzung ist in Hinblick auf das Rehaziziel, nämlich der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, von großer Bedeutung. Die Voraussetzungen für die Erreichung dieses Ziels ist zum Aufnahmezeitpunkt demnach bei Pat. mit Mh. bereits ungünstiger als bei Pat. ohne Mh., da sich die Migranten bei der Bewältigung beruflicher Aufgaben erheblich beeinträchtigt fühlen (Pat. ohne Mh. fühlen sich mäßig beeinträchtigt). Dieses Ergebnis geht konform mit den Ergebnissen der qualitativen Studie von Schulte und Tan (1989) in der sich befragte Arbeitsmigranten im Alter subjektiv 10 Jahre früher ausgebrannt und erschöpft fühlen als Pat. ohne Mh. Auch in der Studie von Pfeiffer et al. (2010b) zeigt sich eine signifikant stärkere Ausgangsbelastung der Pat. mit Mh. Sie sind schon länger krank geschrieben und haben signifikant mehr somatische Diagnosen als die Gruppe der Pat. ohne Mh. Auch Mösko et al. (2008) beschreiben in ihrer Untersuchung mit türkischstämmigen Rehabilitanden eine höhere psychopathologische Gesamtbelastung bei Aufnahme.

In einer Übersichtsstudie von Koch (2005) zur Versorgungssituation von Migranten wird darauf hingewiesen, dass es bei Migranten eine Überversorgung bezüglich ambulanter Arztbesuche und Facharztkontakten gibt, gleichzeitig psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungsangebote aber unterdurchschnittlich genutzt und Überweisungen aus dem Bereich der somatischen Medizin in die Psychiatrie oder psychosoziale Versorgung – wenn überhaupt – zu spät bei bereits bestehender Chronifizierung erfolgen. Haasen und Demiralay (2006) merken ebenfalls an, dass die Hälfte der ambulanten Behandlungen von Migranten mit psychischen Störungen von den Hausärzten übernommen werden und Calliess et al. (2007) weisen darauf hin, dass es relativ lange dauert bis sich Migranten bei einem Facharzt vorstellen, da sie zunächst von ihren Familienangehörigen versorgt werden. Auch Bär (2011) berichtet über eine seltenere Inanspruchnahme psychotherapeutischer Versorgungsleistungen von Menschen mit Migrationshintergrund. Stigmatisierungsängste und Scham könnten

nach Calliess et al. (2007) als Ursache des Chronifizierungsprozesses eine große Rolle spielen. Erschwerend käme hinzu, dass die muttersprachlichen, psychotherapeutischen Möglichkeiten entgegen den Empfehlungen (Lindert et al. 2008) bundesweit sehr begrenzt seien (Brähler, Petermann und Rief (2010)). Die Ergebnissen der vorliegenden Studie unterstreichen die oben beschriebene Chronifizierungstendenz der Pat. mit Mh. Migranten (vor allem Frauen) sind bereits signifikant länger krank geschrieben als Pat. ohne Mh. und Frauen mit Mh. leiden bereits am längsten unter ihren Beschwerden. Es muss jedoch angemerkt werden, dass Pat. mit Mh., im Gegensatz zu den Frauen ohne Mh., im Schnitt bereits einmal eine psychosomatische Reha. absolviert haben. Eine Chronifizierung der Beschwerden wäre demnach nicht durch eine zu späte Behandlung, wie von Koch (2005) beschrieben zu erklären sondern hängt vermutlich damit zusammen, dass Pat. mit Mh. von diesem Aufenthalt nicht ausreichend profitieren konnten, wie bereits von Collatz (1997) und Schmeling-Kludas et al. (2003) beschrieben.

**Die Hypothese, dass die Funktionsbeeinträchtigung der Pat. mit Mh. grösser ist als das der deutschen Pat. wird durch die vorliegenden Daten unterstützt.**

Bei der Vergabe der Diagnose am Ende des Aufenthaltes fällt auf, dass 38% der Frauen mit Mh. die Diagnose einer somatoformen Störung erhalten. Die Diagnose der somatoformen Störung spiegelt sich auch in der subjektiven Einschätzung der Beschwerden durch die Frauen mit Mh. wieder. Es ist die Gruppe, die sich insgesamt am „kränksten“ einschätzt. In den Ergebnissen der sozialmedizinischen Einschätzung unterscheiden sie sich jedoch nicht signifikant von den Männern mit Mh., so dass diskutiert werden kann, ob eine größere „Klagsamkeit“ und Ausschmückung ihrer Symptome zu der Diagnose der somatoformen Störungen beiträgt. Diese Diagnose ist charakterisiert durch „Schilderung multipler, wiederholt auftretender und häufig wechselnder körperlicher Symptome, die bereits zwei Jahre bestehen und für die keine ausreichende organische Grundlage vorliegt“ (Müssigbrodt et al. 2000). Rommel (2005) beschreibt eine doppelt erhöhte Inanspruchnahme einer Reha. aufgrund somatoformer Störungen bei Frauen mit Mh. Auch in der Studie von Pfeiffer (2010b) erhalten Pat. mit Mh. ebenfalls signifikant häufiger die Diagnose einer Depression und somatoformen Störung. Auch bei Männern mit Mh. wurde diese Diagnose nach Rommel (2005)

häufiger vergeben. In der vorliegenden Studie hingegen erhalten Männer mit Mh. kaum häufiger (11%) die Diagnose einer somatoformen Störung als Pat. ohne Mh. Dieses Ergebnis geht wiederum konform mit der Studie von Glaesmer et al. (2009), in der nur leicht erhöhte Prävalenzen bzgl. somatoformer Störungen bei Migranten gefunden wurden. Von Bedeutung muss jedoch nicht der Unterschied in den Prävalenzen der Pat. sein. Höhne und Schubert (2007) weisen in diesem Zusammenhang auf den Unterschied in der Bedeutsamkeit von psychischen Störungen bei Nichtmigranten und Migranten hin. Bei Migranten sind laut Höhne und Schubert (2007) bei 33,9% psychische Störungen Grund für eine Frühberentung, bei den Versicherten ohne Mh. ist dies bei nur 28,7% der Fall. Hier ist zu diskutieren, ob die Pat. mit Mh. bereits chronifiziertere psychische Erkrankungen aufweisen, bei der die Wahrscheinlichkeit einer Verbesserung geringer ist als bei Pat. ohne Mh., es somit schneller zu einer Frühberentung kommt. Dies würde wiederum für eine zu späte oder aber nicht erfolgreiche psychosomatische Behandlung der Pat. mit Mh. sprechen.

**Die Hypothese, dass sich die Pat. mit Mh. von den Pat. ohne Mh. hinsichtlich ihrer Symptomatik unterscheiden wird durch die vorliegenden Daten eingeschränkt unterstützt.** Frauen mit Mh. bekommen signifikant häufiger die Diagnose einer somatoformen Störung als Pat. ohne Mh. und Männer mit Mh.

3. Die dritte Fragestellung der Studie war gerichtet auf das Rehaergebnis, das zum Einen zum Zeitpunkt der Entlassung, zum Anderen zum Zeitpunkt der Katamnese erhoben wurde. Die Hypothese ist, dass Pat. mit Mh. weniger von den Behandlungsangeboten der Reha. profitieren (Schmeling-Kludas et al. 2003) und somit das Rehaergebnis der Pat. mit Mh. schlechter ausfällt als bei den Pat. ohne Mh. Das Rehaergebnis wurde anhand verschiedener Faktoren ermittelt: Neben der Veränderung der subjektiven Einschätzung der Beschwerden, Problembereiche und Funktionsbeeinträchtigung wurde die Bewertung des Rehaaufenthaltes berücksichtigt, die Erwartungen an zuhause, sowie die sozialmedizinische Einschätzung durch den Therapeuten, die Diagnosen und die berufliche Entwicklung der Pat. zum Katamnesezeitpunkt.

Die Pat. mit und ohne Mh. unterscheiden sich im Querschnitt zum Entlasszeitpunkt signifikant in der Einschätzung ihrer Beschwerden, Pat. ohne Mh. berichten größere Verbesserungen ihrer Problembereiche. Während sich die

Gruppe der Männer mit Mh. in der subjektiven Einschätzung ihrer Beschwerden zum Zeitpunkt der Aufnahme nicht signifikant von den Pat. ohne Mh. unterscheiden, ist die Gruppe der Männer mit Mh. auch die einzige Gruppe, bei der es keinerlei signifikanten Verbesserung in der Einschätzung der Beschwerden vom Aufnahme- zum Entlasszeitpunkt gibt. Demnach erleben Frauen mit Mh. eine Verbesserung ihrer Beschwerden, während die Männer mit Mh. keine Veränderung spüren. Analog zu der Einschätzung ihrer Beschwerden sind Pat. ohne Mh. signifikant zufriedener mit dem Ergebnis des Rehaaufenthaltes und der Behandlung im Allgemeinen. Während sich 75% der Frauen mit Mh. in der Klinik „am richtigen Platz“ fühlen, beantworten nur 50% der Männer mit Mh. diese Frage mit einem „ja“ und unterscheiden sich signifikant von der Gruppe ohne Mh. Mögliche Gründe werden im Rahmen des Krankheitsmodells diskutiert. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass eine geschlechtsspezifische Betrachtung der Pat. mit Mh. von großer Bedeutung ist.

Die Therapeutenbewertung deckt sich weitestgehend mit der Einschätzung der Pat. In der Studie von Pfeiffer et al. (2010b) schätzen sich die Pat. mit Mh. hingegen signifikant schlechter ein als die behandelnden Therapeuten. Der Gruppe der Frauen ohne Mh. geht es in ihrer Einschätzung am besten und werden in der vorliegenden Studie am häufigsten arbeitsfähig entlassen, weisen am seltensten Einschränkungen auf und werden bezogen auf die letzte Tätigkeit am positivsten bewertet. Männer mit Mh. werden am häufigsten arbeitsunfähig entlassen und werden bezogen auf die letzte Tätigkeit ebenso wie die Frauen mit Mh. signifikant seltener mit der vollen Leistungsfähigkeit bezogen auf die letzte Tätigkeit (sechs Stunden und mehr) beurteilt. Frauen mit Mh. weisen am häufigsten eine Einschränkung im Bewegungs- und Halteapparat auf, unterscheiden sich hier signifikant von den Frauen ohne Mh. und werden bzgl. der zu leistenden Arbeitsschwere am negativsten bewertet. Interessant wäre in diesem Zusammenhang die Klärung der Frage, ob Pat. mit Mh. eine körperlich schwerere Tätigkeit ausüben als Pat. ohne Mh. Auf diesen Punkt wird bei der Diskussion der Erklärungsmodelle noch einmal eingegangen werden. Auch in der Studie von Schulte et al. (1989) werden die Gesundheitszustände älterer Arbeitsmigranten beschrieben. Sie sind häufiger als Pat. ohne Mh. von chronischen und schweren Krankheiten betroffen.

Zum Katamnesezeitpunkt ist wiederum die Gruppe der Männer mit Mh. diejenige Gruppe bei der sich keinerlei Veränderung zum Aufnahmezeitpunkt zeigt. Es bleibt ein signifikanter Unterschied zwischen den Männern und Frauen mit Mh. und der Gruppe der Pat. ohne Mh. zum Katamnesezeitpunkt. Der wichtigste Punkt, nach dem ein Rehaerfolg bewertet wird, ist die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. In der Katamnese zeigt sich kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Anzahl der Krankentage und dem beruflichen Status. Bei der Migrantengruppe sowie der Gruppe der Männer ohne Mh. steigert sich der Status „berufstätig“ zum Katamnesezeitpunkt um 10%.

**Die Hypothese, dass das Rehaergebnis der Pat. mit Mh. schlechter sein wird als das der Pat. ohne Mh. findet sich teilweise bestätigt.** Pat. mit Mh. kommen bereits „kränker“ in die Reha. Frauen mit Mh. erleben zum Entlasszeitpunkt eine subjektive Verbesserung, Männer mit Mh. hingegen kaum. Pat. mit Mh. fühlen sich bei Entlassung schlechter als Pat. ohne Mh. Im entscheidenden Ziel der Reha., der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, gibt es jedoch keinen signifikanten Unterschied zwischen den Pat. mit und ohne Mh. Diese Ergebnisse widersprechen teilweise Studien, nach denen Pat. mit Mh. nicht ausreichend von der psychosomatischen Reha. profitieren (Schmeling-Kludas et al. 2003). Es muss jedoch wie bereits oben kritisch angemerkt werden, dass in der vorliegenden Studie nur wenige türkische Pat. untersucht wurden und somit nur eine eingeschränkte Vergleichbarkeit mit Studien möglich ist, in denen nur bzw. ein großer Anteil türkische mit Pat. ohne Mh. verglichen wurden (z.B. Maier et al. 2009).

4. Yagdiran et al. (2003) betonen, dass kulturelle und persönliche Erklärungsmodelle der Pat. nicht nur deren Wahrnehmung der Symptome bestimmen, sondern auch deren Nennung, ihre eigenen Erklärungen zur Entstehung und den Ursachen der Krankheit sowie das angewandte Hilfesuchverhalten. Auch in der vorliegenden Studie wurde die Hypothese untersucht, dass das Krankheitsmodell der Pat. mit Mh. sich von den Pat. ohne Mh. unterscheidet. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass eine Vielzahl der Männer und Frauen ohne Mh. bereits mit einem klaren psychosomatischen Krankheitsmodell in die Klinik kommen und es einen signifikanten Unterschied zwischen den Pat. mit und ohne Mh. gibt. Pat. ohne Mh. sehen die Ursachen ihrer

Beschwerden am häufigsten darin bedingt, dass ihre Psyche einen negativen Einfluss auf ihr körperliches Befinden hat. Die Gruppe ohne Mh. kann zudem häufiger als Pat. mit Mh. benennen, was hilfreich gegen ihre Beschwerden sein könnte und kann sich häufiger vorstellen, dass eine Psychotherapie eine hilfreiche Behandlung wäre. Pat. mit Mh. hingegen nennen häufiger die Möglichkeit einer Berentung als Hilfe, sind andererseits jedoch auch vielfach der Möglichkeit einer psychotherapeutischen Hilfe gegenüber optimistisch eingestellt. Es muss kritisch angemerkt werden, dass die Frage nach hilfreichen Interventionen offen gestellt wurde, so dass auch der sprachliche Faktor dazu geführt haben kann, dass Pat. mit Mh. weniger Antworten gaben. In der Studie von Pfeiffer et al. (2010a) erwarten Pat. mit Mh. alle Behandlungsarten häufiger als Pat. ohne Mh. Es zeigte sich, dass Pat. mit Mh. vor allem mehr Behandlung erwarten als die Pat. ohne Mh. Ein großer Anteil der Frauen mit Mh. dieser Studie benennen vor allem körperlich schwere Arbeit als einen Hauptgrund ihrer Beschwerden und als Folge davon psychische Probleme, beschreiben also ein somato-psychisches Krankheitsmodell. Es ist zu vermuten, dass Pat. mit Mh. tatsächlich körperlich schwerere Arbeiten verrichten, denn sie leiden signifikant häufiger unter Einschränkungen im Bewegungs- und Halteapparat und werden signifikant häufiger eingeschränkt leistungsfähig bezogen auf die letzte Tätigkeit entlassen. In der Expertise für Flüchtlinge und Migration von Zeman (2005) wird der Faktor der gesundheitlichen Belastungsfaktoren bei den heutigen älteren Migranten beschrieben. Sie sind laut der Studie „größtenteils in Akkord- sowie Schichtarbeit tätig, machen viele Überstunden und verrichten körperlich schwere Arbeit, die mit weiteren Risikofaktoren einhergehen (z.B. chemische Noxen, starke Lärm- und Hitzebelastung)“. Dieser Faktor wird als ein Grund einer erhöhten gesundheitlichen Belastung genannt. Weiter wurden in der Expertise, ebenso wie in der vorliegenden Studie, häufiger Krankheiten des Bewegungsapparates bei Migranten denn bei Nichtmigranten gefunden. Neben dem somato-psychischen Krankheitsmodell benennen über 20% der Frauen mit Mh. ein psychosomatisches Konzept.

Männer mit Mh. benennen am häufigsten ausschließlich somatische Beschwerden und glauben auch am wenigsten daran, dass eine Psychotherapie als Hilfe gegen ihre Beschwerden hilfreich sein könne. Laut Faltermaier (2001) betonen Pat. mit Mh. eher körperliche Symptome, weil der Körper stärker unter funktionalen

Gesichtspunkten betrachtet wird, da er dem Lebensunterhalt dient. Rommel (2005) begründet die Somatisierung und häufig körperliche Repräsentation psychosozialer Belastungen mit einem ganzheitlichen und körperbezogenen Krankheitsempfinden. In der vorliegenden Studie zeigt sich, dass Frauen mit Mh. vielfach ein psychosomatisches Krankheitskonzept haben. Auch in der Erhebung von Riecken (2009) verfügen die Pat. mit Mh. im Kern über ein psychosomatisches Krankheitskonzept und sehen einen Zusammenhang zwischen der Bewertung von Lebensereignissen und psychischer sowie körperlicher Gesundheit. In der vorliegenden Studie scheinen Männer mit Mh. hingegen seltener ein psychosomatisches Krankheitskonzept zu besitzen als die Gruppe der Pat. ohne Mh. oder auch Frauen mit Mh. Die Frage, die sich in diesem Zusammenhang stellt ist, ob Männer mit Mh. dieses Krankheitskonzept nicht haben oder es sich selbst oder anderen nicht eingestehen möchten. Eine Studie von Akbal (2001) deutet darauf hin, dass Pat. häufig ein ganzheitliches psychosomatisches Krankheitsmodell besitzen, allein das Benennen eines solchen sehr von einem vertrauten Umfeld und Vertrauen zu ihrem Arzt oder Therapeuten abhängig ist. Dies spiegelt sich auch in dem Ergebnis des selbsteingeschätzten seelischen Befindens wieder: noch im ersten Interview werden seelische Beschwerden von den Männern mit Mh. eher negiert. Im Katamneseinterview räumen Männer mit Mh. häufiger ein, seelisch belastet zu sein, so dass diskutiert werden kann, dass dieses Phänomen möglicherweise nicht als Zeichen einer Verschlechterung des seelischen Befindens interpretiert werden sollte, sondern als ein Zeichen gesteigerten Vertrauens zu ihrem Interviewpartner. Es bleibt zudem festzuhalten, dass sich über 70% der Männer mit Mh. einen Zusammenhang ihrer Beschwerden von Körper und Psyche vorstellen können und 50% einer Psychotherapie optimistisch gegenüber stehen. Somit scheint bei einem Großteil der Männer mit Mh. das psychosomatische Krankheitskonzept zumindest latent vorhanden.

**Die Hypothese, dass das Krankheitsmodell der Pat. mit Mh. sich von den Pat. ohne Mh. unterscheidet, findet sich teilweise bestätigt.** Männer mit Mh. ziehen oft nur bei Nachfrage Zusammenhänge von Körper und Seele in Betracht. Trotzdem Pat. mit Mh. bereits im Schnitt schon einmal in einer psychosomatischen Reha. waren, scheint vor allem ein großer Teil der Männer mit Mh. noch kein

psychosomatisches Krankheitsmodell verinnerlicht oder kein Vertrauen zu haben, dieses zu äußern.

Wie von Göbber et al. (2008) beschrieben, können bei Migranten gleichzeitig Elemente medizinisch-naturwissenschaftlicher Verstehensmodelle neben traditionellen religiösen bis hin zu magischen Sichtweisen bestehen. In der vorliegenden Studie wurden ebenfalls diese Aspekte abgefragt, es zeigten sich jedoch keine Hinweise auf das Vorliegen eines solchen religiösen oder magischen Krankheitskonzeptes.

5. Die Behandlungserwartungen der Pat. sind Inhalt der fünften Fragestellung. Es wurde die Hypothese überprüft, dass die Erwartungen der Pat. mit und ohne Mh. sich unterscheiden. In einer Studie von Koch et al. (1995) wird beschrieben, dass die Erwartungen der Pat. häufig den Erwartungen der Therapeuten gegenläufig sind (allerdings wiederum auf Erwartungen türkischer Pat. bezogen). Türkische Pat. haben hiernach häufiger die Tendenz, Probleme und Konflikte „im äußeren Raum“ zu lokalisieren und entsprechend Veränderung in Außenfaktoren zu suchen, während Therapeuten Introspektion erwarten und Veränderung in der eigenen Person.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass sich Pat. ohne und Pat. mit Mh. in ihren Erwartungen an die Reha. signifikant unterscheiden. Pat. ohne Mh. haben entsprechend ihren Krankheitskonzepten am häufigsten psychotherapeutische Erwartungen (z.B.: „Ich möchte lernen, nein zu sagen“). Sie sind zudem signifikant optimistischer bzgl. einer möglichen Erholung, Erhöhung ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit und Herstellung bzw. Beibehaltung ihrer Arbeitsfähigkeit. Pat. mit Mh. schildern häufiger die Erwartung in Richtung einer sozialmedizinischen Unterstützung (Verminderte Leistungsfähigkeit, GdB, etc.) und erwarten darüber hinaus häufiger als Pat. ohne Mh. eine somatische Symptomverbesserung. Dies geht konform mit der Studie von Koch (1995), nach denen Pat. mit Mh. eher Veränderung „außen“ als „innen“ anstreben und in ihrer Erwartung eher „passiv“ als „aktiv“ sind. Im Gegensatz dazu beschreibt Riecken (2009) in ihrer Studie aktive Pat. mit Mh., die sich auch in ihrer Beschwerdeschilderung kaum von den Pat. ohne Mh. unterscheiden. In einer Studie von Kobelt et al (2010) zeigt sich interessanterweise bei den Pat. ohne Mh. eine negativere Behandlungserwartung als bei der Migrantengruppe.

**Die Hypothese, dass die Erwartungen der Pat. mit und ohne Mh. sich unterscheiden, wird durch die vorliegenden Daten bestätigt.** Pat. mit Mh. sind jedoch insgesamt optimistisch bezüglich einer Verbesserung ihrer Symptome durch den Rehaaufenthalt.

6. Die sechste Fragestellung beschäftigt sich mit der Frage, ob es Unterschiede in den Veränderungsressourcen zwischen Pat. mit und ohne Mh. gibt. Die Ergebnisse zeigen, dass Pat. mit Mh. in allen Aspekten (z.B. Freundeskreis, Hobbys) die gleichen positiven Ressourcen aufweisen wie Pat. ohne Mh. Es gibt also keinen Unterschied in den Veränderungsressourcen zwischen der Gruppe mit und ohne Mh. Pat. mit Mh. kommen häufiger auf Anraten anderer in die Reha., unterscheiden sich jedoch nicht, wie man vermuten könnte, signifikant hinsichtlich ihrer Motivation bzgl. des Rehaaufenthaltes.

Nach Borde (1998) unterscheidet sich die Familie von Pat. mit Mh. in positiver Weise durch stärkere gegenseitige Unterstützung, gleichzeitig könne eine starke interne Verpflichtung jedoch auch Quelle gravierender psychischer Probleme sein. Auch in der Studie von Pfeiffer et al. (2010b) sind Pat. mit Mh. signifikant häufiger in einen Familienbund integriert als Pat. ohne Mh. Auch in der vorliegenden Studie nennen Pat. mit Mh. signifikant seltener Probleme mit Familienangehörigen, so dass angenommen werden kann, dass die Familie häufiger eine positive Ressource für die Pat. mit Mh. darstellt als für die Pat. ohne Mh.

7. In der Studie von Pfeiffer et al. (2010b) wird bei Pat. mit Mh. signifikant häufiger ein Rentenbezug, Rentenanspruch und Rentenwunsch festgestellt als bei Pat. ohne Mh. In der Studie von Kobelt et al (2010) zeigt sich hingegen, dass die Rehabilitanden ohne Mh. häufiger den Wunsch haben, eine Rente wegen Erwerbsminderung zu erhalten. In der vorliegenden Studie wurde die Hypothese getestet, dass es einen Unterschied hinsichtlich der Erwartung zur sozialmedizinischen Begutachtung in der Reha. zwischen Pat. mit und ohne Mh. gibt. Pat. ohne Mh. glauben signifikant häufiger als Pat. mit Mh., dass sie arbeitsfähig aus der Klinik entlassen werden und sind optimistischer ihre derzeitige (letzte) Tätigkeit bis zum Erreichen ihres Rentenalters ausüben zu können. Die Studienergebnisse von Pfeiffer et al. (2010b) können durch die vorliegende Studie unterstützt werden. **Die Hypothese, dass Pat. mit Mh. und ohne Mh. in ihren**

**Erwartungen an die sozialmedizinische Begutachtung unterscheiden wird durch die vorliegenden Daten unterstützt.** Pat. mit Mh. erwarten signifikant häufiger eine sozialmedizinische Beratung und Frauen mit Mh. eine Bestätigung ihrer verminderten Leistungsfähigkeit. Auch wenn Männer mit Mh. „eher nicht“ und Frauen mit Mh. „überhaupt nicht“ erwarten, einen Rentenantrag bewilligt zu bekommen, beantworten 12% der Frauen und 15% der Männer mit Mh. die offene Frage „Was glauben Sie, kann helfen, dass es Ihnen wieder besser geht?“ mit „Berentung“. Im Gegensatz dazu geben nur 3% der Männer und 0% der Frauen ohne Mh. diese Antwort. Zudem zeigen sich Pat. mit Mh. pessimistischer bzgl. Entlassstatus und Leistungsfähigkeit. Die negativere Selbsteinschätzung der Pat. mit Mh. deckt sich vielfach mit der tatsächlichen Entlassform, nach denen diese Pat. signifikant häufiger arbeitsunfähig und eingeschränkt leistungsfähig bezogen auf die letzte Tätigkeit entlassen werden. Die Einschätzung der Pat. scheint demnach nicht unrealistisch und spiegelt vermutlich die gesundheitlich schlechtere Ausgangsbelastung bei Rehabeginn wieder.

8. Es wurde die Hypothese getestet, dass Pat. mit guten Deutschkenntnissen ein besseres Rehaergebnis haben als Pat. mit schlechten Deutschkenntnissen. Die Rolle von Deutschkenntnissen für das Behandlungsergebnis untersucht. In der qualitativen Studie von Behrens und Calliess (2007) werden Grenzen in der therapeutischen Arbeit benannt, wenn das Sprechen über differenzierte emotionale Inhalte nur schwer möglich ist. Pat. äußern demnach den Wunsch nach einer muttersprachlichen Behandlung und schildern ihr Empfinden sich in ihrer eigenen Sprache besser ausdrücken zu können. Geiger und Razum (2006) betonen, dass geringe Deutschkenntnisse und ein unzureichender Wortschatz zur Beschreibung der komplexen Bereiche Körper, Gesundheit, Befinden und Symptomwahrnehmung die Verständigung von Gesundheitsleistern und Migranten erschwert und zu gesundheitlicher Chancenungleichheit führen kann. In der vorliegenden Studie nennen 21% der Pat. ein leichtes, 5% ein großes sprachliches Problem bei den Therapien gehabt zu haben. **Die Hypothese, dass Pat. mit guten Deutschkenntnissen ein besseres Rehaergebnis haben als Pat. mit schlechten Deutschkenntnissen wird durch die Daten nicht unterstützt.** Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen sprachlicher Fähigkeit und dem Behandlungsergebnis. Auch in der Studie von Pfeiffer et al.

(2010b) ist die sprachliche Verständigung kein zentrales Hemmnis für die Behandlung.

In der Studie von Bermejo et al. (2009) ist die Zufriedenheit der Pat. mit dem Aufenthalt in einer Tagesklinik umso schlechter, je schlechter die Deutschkenntnisse sind. Dieser Zusammenhang zeigt sich in der vorliegenden Studie nicht.

Es muss an dieser Stelle angemerkt werden, dass die Interviewgespräche mit den Pat. mit Mh. im Schnitt 20 Minuten länger dauerten. Es kann vermutet werden, dass auch in den Therapiegesprächen mit Pat. mit Mh. in der Reha. mehr Zeit darauf verwendet werden muss, sich miteinander sprachlich zu verständigen als mit Pat. ohne Mh.

9. Bei der neunten Fragestellung wurde untersucht, ob es mögliche Subgruppen bezüglich der relevanten Variablen gibt. Während sich in der Studie von Pfeiffer et al. (2010a) russlanddeutsche Pat. nicht von der Gruppe der Pat. ohne Mh. unterscheiden, unterscheidet sich die Gruppe der russlanddeutschen Pat. in der vorliegenden Studie nicht signifikant von den anderen Nationalitäten. Wie schon erwähnt, ist die Gruppe der türkischen Pat. zu klein, um zu untersuchen, ob diese Gruppe wie in der Pfeiffer et al. (2010a) Studie ein besonders negatives Rehaergebnis aufweist. Es ergibt sich ebenfalls kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Zeitpunkt der Einwanderung und dem Behandlungsergebnis sowie der Symptomatik.

#### **4.3 Folgerungen für die gegenwärtige rehabilitative Praxis und die Verbesserung der Versorgungsstruktur**

1. Frauen mit Mh. sind zum Aufnahmezeitpunkt bereits am längsten krank geschrieben, leiden bereits am längsten unter ihren Beschwerden und Pat. mit Mh. kommen bereits „kränker“ in die Reha. und vielfach durch Initiierung anderer (Hausarzt, Neurologe etc.). Die Ergebnisse der vorliegenden Studie unterstreichen damit teilweise Kochs (1995) Resümee (oben dargestellt) und somit teilweise auch die 1. Sonnenberger Leitlinie (Machleidt 2002), nach der der Zugang zur psychiatrisch-psychosomatischen Regelversorgung der Pat. mit Mh. erleichtert und eine Chronifizierung verhindert werden sollte. Konkret sollten Behandler ihre

Pat. aktiv auf Möglichkeiten psychosomatischer Behandlung hinweisen und, falls notwendig, bereits ein psychosomatisches Krankheitsmodell vermitteln.

2. Die Forderung nach multikulturellen Behandlungsteams bzw. dem Einsatz psychologisch geschulter Fachdolmetscher wird durch die Ergebnisse nicht unterstützt. Es ergaben sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen den sprachlichen Problemen der Pat. und dem Behandlungsergebnis und der Zufriedenheit der Pat. Es wurden jedoch nur wenige türkische Pat. befragt, und zahlreiche Pat. mit schlechten Deutschkenntnissen verweigerten die Teilnahme an der Studie. Die Gruppe der türkischen Pat. schneidet in vielen Studien (Peiffer et al. 2010a) signifikant schlechter im Behandlungsergebnis ab als Pat. ohne Mh., so dass vermutet werden kann, dass das Ergebnis dieser Studie anders wäre mit einer größeren türkischen Stichprobe und möglicherweise schlechteren Deutschkenntnissen. Es kann darüber hinaus vermutet werden, dass türkische Pat. möglicherweise bei einem Interviewer gleicher Herkunft offener für die Teilnahme an der Studie gewesen wären. Evtl. ist in Therapien eine ähnliche Zurückhaltung dieser Pat. gegeben wie gegenüber einer Teilnahme an dieser Studie. Multikulturelle Behandlungsteams könnten eine Möglichkeit sein ein therapeutisches Bündnis zu festigen und somit Vertrauen und Motivation dieser Pat. fördern. In der Literatur gibt es widersprüchliche Ergebnisse zu dem sogenannten „culture-matching“. In der Praxis wird häufig angenommen, dass eine gemeinsame Sprache und Herkunft den Beziehungsaufbau erleichtern und bessere Therapieerfolge ermöglichen kann (Kahraman 2008). Während nach Beutel et al. (2004) AfroamerikanerInnen wesentlich häufiger eine Therapie bei einem weißen Therapeuten abbrachen, zeigte die Metaanalyse von Zane et al. (2004), dass es oft keine oder nur geringfügige Vorteile der Symptomreduktion bei gleichem kulturellen Hintergrund gibt. In der vorliegenden Studie kann nur vermutet werden, dass die Gruppe der türkischen Pat. von einem Interviewer bzw. Therapeuten gleichen kulturellen Hintergrundes profitieren könnten.

In den Interviews mit den Pat. mit Mh. zeigte sich, dass die Gespräche aufgrund sprachlicher Probleme im Schnitt 20 Minuten länger dauerten als mit den Pat. ohne Mh. Es kann vermutet werden, dass die Einzelgespräche von 30 Minuten in der Reha. zu kurz sind, um Pat. mit sprachlichen Problemen ausreichend gut zu verstehen und eine gute Therapeutenbeziehung aufbauen zu können. Der Einsatz

von Dolmetschern und multikulturellen Teams für eine erfolgreiche Arbeit mit Migranten in der Reha., wie in der 2. Sonnenberger Leitlinie (Machleidt 2002) gefordert, wird demnach partiell unterstützt und scheint für einige Pat. durchaus sinnvoll. Kahraman (2008) beschreibt die „kommunikative Feinabstimmung“ in ihrem Modell der kultursensiblen Therapiebeziehung, dass aus einer Befragung mit türkischen Pat. und ihren Therapeuten erarbeitet wurde, als einen zentralen Faktor. In diesem Zusammenhang wird betont, dass es möglich ist, trotz eingeschränkter gemeinsamer Sprachbasis eine tragfähige Beziehung aufzubauen, der Faktor Zeit spiele allerdings hier eine wichtige Rolle.

3. Obwohl Pat. mit Mh. vielfach schon zuvor eine psychosomatische Reha. erhielten, fühlen sich Männer mit Mh. häufig nicht am richtigen Platz. Sie scheinen seltener ein psychosomatisches Krankheitsverständnis zu haben oder haben wenig Vertrauen, dieses zu äußern. Pat. mit Mh. kommen zudem bereits „kränker“ in die Reha., so dass vermutet werden kann, dass nicht ausreichend vom ersten Rehaaufenthalt profitiert wurde. Die Förderung eines psychosomatischen Krankheitsverständnisses und die Kommunikation mit dem Pat. über sein Krankheitsverständnis ist eine zentrale Voraussetzung für eine erfolgreiche Reha. Eine transkulturelle Schulung der Mitarbeiter, wie auch in der 3. Sonnenberger Leitlinie (Machleidt 2006) gefordert, dürfte hierfür förderlich sein. Der Vorschlag längerer Einzelgespräche wird auch in diesem Zusammenhang wiederholt. Längere Gespräche fördern nicht nur das sprachliche Verständnis der Pat. sondern helfen auch, ein Krankheitskonzept zu besprechen und zu entwickeln. Zudem würde dadurch das Vertrauen zu dem Therapeuten gefördert, was wiederum Äußerungen möglicher Ängste und Befürchtungen fördern könnte. In der Arbeit mit Migranten wird häufig kritisiert (Duncan et al. 1998), dass sich Pat. im Verlauf der Therapie den Werten und Einstellungen ihrer Therapeuten annähern, obwohl angestrebt werden sollte, sich als Therapeut der Lebenswelt bzw. dem Bezugsrahmen von Pat. anzunähern. In diesem Zusammenhang könnte die Forderung nach der Vermittlung eines psychosomatischen Krankheitsverständnisses kritisiert werden. Hiermit ist jedoch nicht gemeint, dem Pat. ein Krankheitsmodell „überzustülpen“ sondern „den Pat. da abzuholen, wo er steht“ (Vogelgesang 2011). Hierbei ist ein weiterer Faktor des Modells der kultursensiblen Therapiebeziehung (Kahraman 2008) von großer Wichtigkeit: die

emotionale Feinabstimmung. Migranten fordern oft eine stärker emotional zugewandte Haltung ein als Pat. ohne Mh. (Straus et al. 1988). Es gilt, eine gute Therapiebeziehung aufzubauen und westliche Therapieansätze durch Wertereflexion und Kulturtransfer für die Arbeit mit Migranten nutzbar zu machen (Kahraman 2008). Hierfür bedarf es jedoch mehr Zeit für Therapiegespräche. Längere Therapeuten-Pat. Kontakte werden auch durch Gureje (2004) gefordert, der das Phänomen der Somatisierung nicht nur auf kulturspezifische Betrachtungsweisen und Erklärungsmodelle von Gesundheit und Krankheit zurückführt, sondern auch von der Kultur der Arzt-Pat.-Beziehung. Im Rahmen einer „5-Minuten-Medizin“ sei ein Pat. auf somatische Beschwerden angewiesen um die Aufmerksamkeit der Ärzte zu bekommen.

Neben längeren psychotherapeutischen Einzelgesprächen könnte auch die Verlängerung eines Aufenthaltes sowie eine kulturspezifische Gruppe zur Förderung des Krankheitsverständnisses einer besseren Compliance und letztlich einem besseren Behandlungsergebnis förderlich sein.

Eine weitere Möglichkeit zur Förderung des psychosomatischen Krankheitsverständnisses könnte eine bessere Vorbereitung der Pat. vor der Reha. sein. Eine Möglichkeit wäre ein Buch, möglichst in der Muttersprache der Migranten, mit Informationen über psychosomatische Krankheitskonzepte und Therapieansätze, welches die Pat. bereits im Vorfeld ihrer Reha. erhalten.

4. Bei der Rekrutierung der Pat. mit Mh. zeigte sich, dass es sinnvoll war, das Informationsmaterial der Studie in die Muttersprache der Pat. zu übersetzen. Die Pat. konnten so noch einmal in Ruhe die Informationen nachlesen, und das Verständnis für den Inhalt und Ablauf der Studie gefördert werden.

Zur Förderung des psychosomatischen Krankheitsverständnisses sowie des Verständnisses zentraler Inhalte der Therapie wird daher empfohlen muttersprachliche Medien bzw. Informationsmaterial im Vorfeld und in den Einzel- bzw. Gruppentherapien zu verwenden.

5. Die Katamneseergebnisse zeigen, dass sich alle Pat. im Vergleich zum Entlasszeitpunkt verschlechtern. Eine Nachsorge scheint somit für alle Pat. eine gute Möglichkeit, um das in der Reha. Erlernte zu verfestigen, Rehazielen weiterzuverfolgen und den Rehaerfolg zu stabilisieren. Pat. mit Mh. könnten in der

Inanspruchnahme medizinischer oder auch psychotherapeutischer Hilfe unterstützt und eine weitere Chronifizierung somit verhindert werden, dies kann telefonisch oder auch in einem persönlichen Kontakt geschehen. Die z.T. langen Wartezeiten bis zur Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie könnten somit überbrückt werden. Bei Pat. mit großen sprachlichen Problemen wäre eine Nachsorge in der Muttersprache wünschenswert.

#### **4.4 Ausblick für weitere Forschungen**

Mit der bisherigen Diskussion der Ergebnisse erfolgte auch die Einordnung in den Stand der Forschung. In der vorliegenden Studie zeigte sich, dass eine geschlechtsspezifische Differenzierung sehr viel Sinn macht, so dass zukünftige Studien diesen Faktor in ihren Untersuchungen berücksichtigen sollten.

Die vorliegende Studie ist eine der wenigen Studien, in denen die Daten anhand eines Interviews erhoben wurden, um auch Pat. zu erreichen, denen es sprachlich nicht möglich ist einen Fragebogen auszufüllen. Weitere Studien dieser Art wären zu empfehlen, in denen zusätzlich darauf geachtet wird, dass jede Migrationsgruppe (die verschiedenen Nationalitäten) ausreichend repräsentativ vertreten ist. Es sollte dabei auf eine ausreichend große Stichprobe geachtet werden, um auch die unterschiedlichen Nationalitäten differenziert betrachten zu können. Ein Interviewer gleicher Nationalität (wie oben beschrieben) könnte zur Gewinnung einer größeren Stichprobe förderlich sein.

Pat. mit Mh. kommen bereits kränker in die Reha., weisen häufiger eine Einschränkung im Bewegungs- und Halteapparat auf und werden seltener mit der vollen Leistungsfähigkeit, bezogen auf die letzte Tätigkeit entlassen. Es kann angenommen werden, dass Pat. mit Mh. körperlich anstrengendere Arbeit verrichten als Pat. ohne Mh., eine Reha. daher vielleicht schon früher sinnvoll wäre. Die berufliche Situation der Pat. vor der Reha. sollte daher in kommenden Studie genauer erfasst werden.

Einige Kliniken bieten bereits migrationsspezifische Behandlungsprogramme an. Kontrollierte Studien mit Kontrollgruppendesign, in denen die aus den Daten der vorliegenden Studie abgeleiteten Verbesserungsvorschläge umgesetzt werden sind zu empfehlen um die Effekte dieser Angebote zu untersuchen. Hierbei erscheint vor allem die Förderung des psychosomatischen

Krankheitsverständnisses im Zusammenhang mit der Verlängerung von psychotherapeutischen Einzelgesprächen von zentraler Bedeutung.

## 5 Zusammenfassung

Im Rahmen der vorliegenden Studie sollte untersucht werden, ob es Unterschiede zwischen den Patienten mit und ohne Migrationshintergrund hinsichtlich soziodemografischer Variablen, Symptomatik, Verlauf und Ergebnis der Rehabilitation gibt. Von besonderem Interesse waren zudem die Erfassung und der Vergleich von Krankheitsmodellen, Therapieerwartungen und dem Erleben der Behandlung. Es handelte sich um eine Quer- bzw. Längsschnittstudie mit Kohortendesign. Die Datenerhebung erfolgte bei Aufnahme, Entlassung sowie 3 Monate nach Entlassung in Form von halbstrukturierten Interviews. Es wurde eine Gesamtstichprobengröße von 150 Patienten mit je 75 konsekutiv aufgenommenen Patienten mit bzw. ohne Migrationshintergrund interviewt. Ergänzend wurde die schriftliche Basisdokumentation der Klinik verwendet, die zur Auswertung von 123 zur Verfügung stand. Das Katamneseinterview konnte bei 138 Patienten durchgeführt werden (92%). Die Gruppen mit und ohne Migrationshintergrund wurden paarweise nach Altersgruppe, Schulbildung und Geschlecht parallellisiert. Hierbei richtete sich die Rekrutierung der Patienten ohne Migrationshintergrund nach den Daten der Gruppe mit Migrationshintergrund.

Die statistische Auswertung erfolgte entsprechend dem Datenniveau mit parametrischen bzw. nicht- parametrischen Verfahren.

Die statistische Analyse zeigte, dass es den Frauen mit Migrationshintergrund bei Aufnahme in den Bereichen körperliche und seelische Verfassung sowie in der Einschätzung der allgemeinen Leistungsfähigkeit signifikant schlechter geht als den Patienten ohne und den Männern mit Migrationshintergrund. Frauen mit Migrationshintergrund zeigen jedoch ebenso wie die Gesamtgruppe der Patienten ohne Migrationshintergrund eine signifikante Verbesserung in den oben genannten Bereichen zum Entlasszeitpunkt, die trotz leichter Verschlechterung zum Katamnesezeitpunkt bestehen bleibt. Männer mit Migrationshintergrund zeigen als einzige Gruppe keine signifikante Verbesserung (eigene Einschätzung der Befindlichkeit und Leistungsfähigkeit). Frauen mit Migrationshintergrund sind bereits am längsten krankgeschrieben und leiden signifikant länger unter ihren Beschwerden als die Patienten ohne und Männer mit Migrationshintergrund.

Patienten mit Migrationshintergrund absolvierten, wie die Gruppe der Männer ohne Migrationshintergrund bereits schon einmal im Vorfeld eine psychosomatische Rehabilitation. Sozialmedizinisch werden Patienten mit Migrationshintergrund signifikant seltener mit der vollen Leistungsfähigkeit entlassen als Patienten ohne Migrationshintergrund. Patienten mit Migrationshintergrund weisen zudem signifikant häufiger eine Einschränkung im Bewegungs- und Halteapparat auf als Patienten ohne Migrationshintergrund. Die sozialmedizinische Erwartung ist bei Patienten mit Migrationshintergrund signifikant negativer. Patienten ohne Migrationshintergrund schätzen sich häufiger arbeitsfähig ein und Patienten mit Migrationshintergrund berichten signifikant häufiger, eine Berentung als Möglichkeit der Verbesserung ihrer Beschwerden. Die Verbesserung des beruflichen Status unterscheidet sich jedoch nicht signifikant zwischen den Patienten mit und ohne Migrationshintergrund. Bei der Erhebung der Krankheitsmodelle zeigt sich, dass Frauen mit, ebenso wie die Gruppe der Patienten ohne Migrationshintergrund, bereits bei Aufnahme vielfach ein psychosomatisches Krankheitsmodell verinnerlicht haben. Im Gegensatz dazu berichten fast 20% der Männer mit Migrationshintergrund eine rein somatische Ursache ihrer Beschwerden oder aber keine Vorstellungen über Ursache und Zusammenhänge ihrer Beschwerden zu haben. Darüber hinaus fühlen sich nur 50% der Männer mit Migrationshintergrund in der psychosomatischen Klinik am richtigen Platz und unterscheiden sich damit nicht nur signifikant von den Patienten ohne sondern auch von den Frauen mit Migrationshintergrund. Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen sprachlichen Problemen und dem Behandlungsergebnis. Es gibt darüber hinaus keine signifikanten Unterschiede in den Veränderungsressourcen der Patienten, noch lassen sich statistisch signifikante Unterschiede zwischen den befragten Nationalitäten oder anderen Variablen in den untersuchten Faktoren finden.

Zur Verbesserung der Versorgung der Migrantengruppe in der psychosomatischen Rehabilitation werden folgende Vorschläge gemacht: Transkulturelle Schulung der Mitarbeiter, Verlängerung der psychotherapeutischen Einzelgespräche, Verlängerung des Aufenthaltes, gezielter Einsatz von Dolmetschern und multikulturellen Teams bzw. kultur- bzw. sprachspezifische Gruppen, Vorbereitung der Patienten auf die psychosomatische Rehabilitation in Form einer Broschüre in

der Muttersprache, Einsatz von muttersprachlichen Medien bzw. Informationsmaterial, Nachsorge.

## Literaturverzeichnis

1. Akbal S: Migrant/innen in Österreich und Europa – ihre mangelnde Integration im Gesundheitswesen und Perspektiven. In: David M, Borde T, Kentenich H (Hrsg) Migration und Gesundheit, Frankfurt: Mabuse-Verlag, S. 115-120 (2001)
2. Arbeitskreis OPD (Hrsg). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Verlag Hans Huber, Bern (2006)
3. Assion H-J, Dana I, Heinemann F: Volksmedizinische Praktiken bei psychiatrischen Patienten türkischer Herkunft in Deutschland. Fortschr. Neurol. Psychiat. 67: 12-20 (1999)
4. Assion H-J: Migration und psychische Krankheit. In Assion H-J (Hrsg) Migration und seelische Gesundheit. Springer Medizin Verlag, Heidelberg, S. 133-142 (2005)
5. Bär T: Psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. Psychotherapeutenjournal 22, 5-10 (2011)
6. Barghaan D, Harfst T, Koch U, Schulz H: Psychotherapeutische Versorgung. In: Senf W, Broda M (Hrsg) Praxis der Psychotherapie, Stuttgart: Thieme, S.25-31 (2005)
7. Basler H-D: Chronische Kopf- und Rückenschmerzen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (2001)
8. Behrens K, Calliess, I: Gemeinsamkeiten oder Unterschiede? Eine qualitative Untersuchung von Migranten in teilstationärer Behandlung. In: Golsabahi, S, Heise, T (Hrsg) Von Gemeinsamkeiten und Unterschieden, Berlin: VWB Verlag für Wissenschaft und Bildung, S. 57-66 (2007)
9. Bengel J, Koch U: Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Berlin: Springer, S. 42 (2000)
10. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung: Ungenutzte Potenziale. Zur Lage der Integration in Deutschland, Stiftung Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, Berlin (2009)
11. Bermejo I, Berger M, Kriston L, Härter M: Ist Patientenzufriedenheit in der stationären Depressionsbehandlung von der Qualität sprachlicher Deutschkenntnisse abhängig? Psychiatrische Praxis 36, 279-285 (2009)
12. Beutler L E, Malik M, Alimohamed S, Harwood TM, Talebi H, Noble S, Wong E: Therapist variables. In: Lambert M J (Hrsg) Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change, New York: John Wiley & Sons, S. 227-306 (2004)
13. Bhugra D: Migration and mental health. Acta Psychiatr Scand 109: 243-258 (2004)
14. Borde T: Die Versorgung von Immigrant/innen aus der Perspektive von Fachkräften der Gesundheitsversorgung. In: David M, Borde T, Kentenich H (Hrsg) Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle, Mabuse-Verlag, Frankfurt a.M. (1998)
15. Brähler E, Petermann F, Rief W: Psychotherapie und Migration. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 58: 161–163 (2010)

16. Broda M, Bürger W, Dinger-Broda A, Massing H: Die Berufs-Studie. Bad Münstereifel: Westkreuzverlag (1996)
17. Brown G W, Moran P M: Single mothers, poverty and depression. *Psychological Medicine* 27: 21- 33 (1997)
18. Brucks U: Migration und psychische Gesundheit. *Psychoneuro* 30: 228-231 (2004)
19. Bundesregierung. Sozialgesetzbuch IX - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046, 1047) zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 23. April 2004 (BGBl. I S. 606). Bonn: Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (2001)
20. Calliess I, Schmid-Ott G, Akguel G, Jäger B, Ziegenbein M: Einstellung zur Psychotherapie bei jungen türkischen Migranten in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, 34, 1–6 (2007)
21. Collatz J: Ethnomedizinische Grundlagen der Beurteilung von Arbeitsmigranten –verschiedene Aspekte der Lebensleistung. In: Collatz J, Koch E, Salman R, Machleidt W (Hrsg) *Transkulturelle Begutachtung*, Band 1. Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin, S 13-35 (1997)
22. Deck R: Erwartungen und Motivationen bei Patienten in der medizinischen Rehabilitation. In: Nübling R, Muthny F A, Bengel J (Hrsg) *Reha-Motivation und Behandlungserwartung*. Verlag Hans Huber, Bern, S. 76-95 (2006)
23. Derogatis L.R: SCL-90-R. Self-Report Symptom Inventory. In: Collegium Internationale Psychiatriae Sclorum (Hrsg.), *Internationale Skalen für Psychiatrie*. Weinheim: Beltz (1986)
24. Deutsche Rentenversicherung Bund: Statistik der Deutschen Rentenversicherung, Band 159, Berlin (2007b)
25. Deutsche Rentenversicherung: Statistik der Deutschen Rentenversicherung 2005, Rehabilitation, Band 159, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin (2007a)
26. Duncan B, Hubble M A, Miller S D: Aussichtslose Fälle. Die wirksame Behandlung von Psychotherapie- Veteranen. Stuttgart: Klett-Cotta (1998)
27. Ebata K: Cross cultural adaption and mental disorders. *Seishin Shinkeigaku Zasshi* 104: 278-291 (2002)
28. Faltermaier T: Migration und Gesundheit. Fragen und Konzepte aus einer salutogenetischen und gesundheitspsychologischen Perspektive. In: Marschalck P, Wiedl K H (Hrsg) *Migration und Krankheit*, IMIS-Schriften, 10, Universitätsverlag Rasch, Osnabrück, S 93-112 (2001)
29. Geiger I, Razum O (Migration: Herausforderung für die Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann K, Laaser, U, Razum O. (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim und München: Juventa, S 719-746 (2006):
30. Glaesmer H, Wittig U, Brähler E, Martin A, Mewes R, Rief W: Sind Migranten häufiger von psychischen Störungen betroffen? Eine Untersuchung an einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychiatrische Praxis* 36 (1): 16-22 (2009)

31. Glier B, Tietz G, Rodewig K: Stationäre Rehabilitation für Migranten aus der Türkei. In David M, Borde T, Kentenich H (Hrsg) Migration und Gesundheit. Mabuse Verlag, Frankfurt a. M., S.189-205 (1998)
32. Göbber J, Gündel H, Henniger S, Machleidt W, Kimil A: Migration – Kulturelle Besonderheiten bei somatoformen Störungen. Psychotherapie im Dialog, 9, 265–271 (2008)
33. Golsababahi S, v. Keuk E: Von Gemeinsamkeiten und Unterschieden In: Golsabahi s, Heise T (Hrsg) Von Gemeinsamkeiten und Unterschieden. Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin, S. 9 (2008)
34. Grigoleit H: Ambulante und teilstationäre Rehabilitation im Netzwerk der rehabilitativen Einrichtungen und Funktionen. In Delbrück H, Haupt E (Hrsg) Grundlagen der Rehabilitationsmedizin München: Urban & Schwarzenberg, S.109-116 (1998)
35. Gureje O: What can we learn from a cross- national study of somatic distress? Journal of Psychosomatic Research 56: 409-412 (2004)
36. Haaf H G: Ergebnisse zur Wirksamkeit der Rehabilitation. Rehabilitation 44: 259-276 (2005)
37. Haasen C: Kultur und Psychopathologie. In: Haasen C, Yagdiran O (Hrsg) Beurteilung psychischer Störungen, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, S. 14-29 (2000)
38. Haasen C, Demiralay C: Transkulturelle Aspekte der Behandlung psychischer Störungen. Die Psychiatrie, 3, 150–156 (2006)
39. Hackhausen W: Arbeitsmigration und soziale Absicherung in Deutschland. Dettmers C, Albrecht N-J, Weiller C (Hrsg) Gesundheit, Migration, Krankheit. Sozialmedizinische Probleme und Aufgaben in der Nervenheilkunde, Hippocampus, Bad Honnef, S. 221-239 (2002)
40. Hartkamp N: Psychiatrie und Migration: Forschungsperspektiven. Psychoneuro 30: 109-111 (2004)
41. Haupt E, Delbrück H: Grundlagen der Rehabilitation. In: Delbrück H & Haupt E (Hrsg) Grundlagen der Rehabilitationsmedizin München: Urban & Schwarzenberg. S. 32 (1998)
42. Hilpert H R: Therapeutische Gemeinschaft in einer psychotherapeutischen Klinik. Psychotherapie, Medizinische Psychologie, 29, 46-53 (1979)
43. Höhne A, Schubert M: Vom Healthy Migrant Effect zur gesundheitsbedingten Frühberentung. Erwerbsminderungs- renten bei Migranten in Deutschland. DRV Schriften, 22: 103-125 (2007)
44. Kahraman B: Die kultursensible Therapiebeziehung. Störungen und Lösungsansätze am Beispiel türkischer Patienten. Psycho-sozial-Verlag, Giessen, S. 38-312 (2008)
45. Kizilhan, J, Haag, G & Bengel, J: Vergleichsstudie über 10 Jahre stationäre psychosomatische Rehabilitation bei türkisch-stämmigen Patienten. Eine prospektive Studie. Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 24, 9-13 (2011)
46. Kleinman A: Patient and Healers in the Context of Culture. Berkley, Univ. of California Press (1980)
47. Kobelt A, Winkler M, Göbber J, Pfeiffer W, Petermann F: Hängt die subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit vom Migrationsstatus ab? Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 58, 189–197 (2010)

48. Koch E, Özek M, Pfeifer W: Psychologie und Pathologie der Migration, Deutsch-Türkische Perspektiven, Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau, S. 25 (1995)
49. Koch E: Institutionelle Versorgung von psychisch kranken Migranten. In: Assion H-J (Hrsg) Migration und seelische Gesundheit, Heidelberg: Springer, S. 167-186 (2005)
50. Korporal J, Dangel B: Die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten als Voraussetzung für Beschäftigungsfähigkeit im Alter. Expertise für den 5. Altenbericht der Bundesregierung (2004)
51. Löschmann C, Steffanowski A, Schmidt J, Wittmann W W, Nübling R: Evidenz stationärer psychosomatischer Rehabilitation Ergebnisse der MESTA-Studie. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg), Tagungsband, 14. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, DRV-Schriften, S. 438-440 (2005)
52. Lindert J, Brähler E, Wittig U, Mielck A, Priebe S: Depressivität, Angst und posttraumatische Belastungsstörungen bei Arbeitsmigranten, Asylbewerbern und Flüchtlingen. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, S.58, 109–122 (2008)
53. Machleidt W: Die 12 Sonnenberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen in Deutschland. Der Nervenarzt 73: 1208-1209 (2002)
54. Maier C: Migration und rehabilitative Versorgung in Deutschland. In: Schott T (Hrsg) Veröffentlichungsreihe des Zentrums für Versorgungsforschung, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Bielefeld (2008)
55. Maier C, Razum O, Schott T: Medizinische Rehabilitation und Behandlungserfolg bei Patienten mit türkischem Migrationshintergrund. In: Muthny F, Bermejo I (Hrsg) Interkulturelle Medizin. Lagentheorien, Psychosomatik und Migrationsfolgen, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, S. 85-103 (2009)
56. Mittag O, Raspe H: Eine kurze Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit: Ergebnisse einer Untersuchung an 4.279 Mitgliedern der Gesetzlichen Arbeiterrentenversicherung zu Reliabilität (Guttman-Skalierung) und Validität der Skala. Die Rehabilitation 42, S. 169-174 (2003)
57. Mösko M, Schneider J, Koch U, Schulz H: Beeinflusst der türkische Migrationshintergrund das Behandlungsergebnis? Ergebnisse einer prospektiven Versorgungsstudie in einer stationären Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psycho-somatischen Störungen. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 58, S. 176–182 (2008)
58. Müssigbrodt H, Kleinschmidt S, Schürmann A, Freyberger H, Dilling H: Psychische Störungen in der Praxis. Leitfaden zur Diagnostik und Therapie in der primären psychiatrisch- psychotherapeutischen Versorgung nach dem Kapitel V (F) der ICD-10 (PHC). Verlag Hans Huber, Bern, S.83 (2000)

59. Nosper M: ICF AT-Psych. Entwicklung eines ICF-konformen Fragebogens für die Selbstbeurteilung von Aktivitäten und Teilhabe bei psychischen Störungen. Kongress Medizin und Gesellschaft 2007. Augsburg, 17.-21.09.2007. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House (2007)
60. Nübling R, Puttendörfer J, Schmidt J, Wittmann W W: Längerfristige Ergebnisse psychosomatischer Rehabilitation. In: Lamprecht F, Johnen R (Hrsg) Salutogenese. Ein neues Konzept in der Psychosomatik? Kongressband der 40. Jahrestagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin Frankfurt a. M., Verlag für akademische Schriften, S. 254-270 (1994)
61. Oster J, Kuhlendahl H D, Müller G, von Wietersheim J, Kringler W: Charakteristika und Entwicklung von Patienten in berufsbezogenen Maßnahmen im Rahmen der psychosomatischen Rehabilitation. In: 15. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, DRV-Schriften 64, S. 460-462 (2006)
62. Oster J: Wer profitiert? Patientenmerkmale als Erfolgsprädiktoren in der Psychosomatischen Rehabilitation. Humanbiol. Dissertation, Universität Ulm (2007)
63. Pfeiffer W, Winkler M, Göbber J, Petermann F, Kobelt A : Spezifische Hemm- und Förderfaktoren bei stationärer Rehabilitation von Migranten mit psychosomatischen Erkrankungen. 19. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Präsentation am 09.03.2010 (2010a)
64. Pfeiffer W, Göbber J, Winkler M, Kobelt A , Petermann F: Stationäre psychosomatische Rehabilitationsbehandlung von Versicherten mit und ohne Migrationshintergrund. In: Petermann F (Hrsg) Neue Ansätze in der psychosomatischen Rehabilitation. Roderer Verlag, Regensburg, S. 49-68 (2010b)
65. Riecken A: Aussiedler in der Gesundheitsversorgung- ein Modell zum Erwerb interkultureller Kompetenz. In: Schaefer J-E (Hrsg) Alter und Migration. Tagungsband der 15. Gerontopsychiatrischen Arbeitstagung des Geriatrischen Zentrums an der Universitätsklinik Tübingen. Mabuse- Verlag, Frankfurt a.M., S. 76-111 (2009)
66. Rodewig K: Psychosomatische Rehabilitation türkeistämmiger Migranten. In: Dettmers C, Albrecht N-J, Weiller C (Hrsg) Gesundheit, Migration, Krankheit Hippocampus Verlag, Bad Honnef, S 204-221 (2002)
67. Rommel A: Migration und Rehabilitation psychischer Erkrankungen Perspektiven und Grenzen einer Gesundheits-berichtserstattung mit Routinedaten. Gesundheitswesen, 67, 8-280 (2005)
68. Salis G, Moser C, Zuppinger C, Hatz C: Die Arzt- Patienten Interaktion aus der Sicht von MigrantInnen: Vorschläge für die Praxis. Schweiz Rundschau Med Prax, 50, 887–894
69. Salman R: Plädoyer für die Einrichtung von Dolmetscherdiensten im Sozial-und Gesundheitswesen. In: Heise T (Hrsg) Transkulturelle Psychotherapie, VWB, Berlin, S. 37-48 (1998)

70. Schmeling-Kludas C, Boll-Klatt A, Fröschlin R: Was lässt türkische Migranten psychosomatisch erkranken? Rückschlüsse aus einer retrospektiven Aktenanalyse. In: Dettmers C, Albrecht N-J, Weiller C (Hrsg) Gesundheit, Migration, Krankheit. Hippocampus Verlag, Bad Honnef, S 195-203 (2002)
71. Schmeling-Kludas C, Fröschlin R, Boll-Klatt A: Stationäre psychosomatische Rehabilitation für türkische Migranten: Was ist realisierbar, was ist erreichbar? Rehabilitation 42: 363-370 (2003)
72. Schmeling-Kludas C: Psychosomatische Rehabilitation von Migranten. In: Assion H-J (Hrsg) Migration und seelische Gesundheit. Springer Medizin Verlag, Heidelberg, S 187-193 (2005)
73. Schmidt J, Nübling R, Lamprecht F: Möglichkeiten klinikinterner Qualitätssicherung (QS) auf der Grundlage eines Basis-Dokumentations-Systems sowie erweiterter Evaluationsstudien. Das Gesundheitswesen, 54: 70-80 (1993)
74. Schulte A, Tan D: Zur Lebenssituation älterer Ausländer in Niedersachsen. In: Altwerden in der Fremde. Von der Ausländerbeauftragten des Landes Niedersachsen (Hrsg), Niedersächsisches Sozialministerium, Hannover (1989)
75. Sleptsova M, Woessmer B, Langewitz W: Migranten empfinden Schmerzen anders. Schweiz Med Forum, 9: 319-21 (2009)
76. Statistisches Amt der Landeshauptstadt München (Hrsg): Münchner Statistik. 3. Quartalheft, Jahrgang 2008. München: Stadtkanzlei (2008)
77. Sluzki CE: Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In: Hegemann T & Salman R (Hrsg) Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Psychiatrie Verlag: Bonn, S.110-115 (2001)
78. Straus F, Höfer R, Gmür W: Familie und Beratung. München: Profil Verlag, S. (1988)
79. Vogelgesang, M : Psychische Störungen bei Migrantinnen und Möglichkeiten der Behandlung. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 88, 4-8 (2011)
80. Yagdiran O, Kleinemeier E, Haasen C: Psychische Störungen bei Migranten. Spezifische Stressoren sind bedeutsam. Der Neurologe und Psychiater, 10: 32–35 (2003)
81. Zane N, Nagayama, Hall G C, Sue S Y K, Nunez J: Research on psychotherapy with culturally diverse populations. In: Lampert M J (Hrsg) Bergin and Garfield`s handbook of psychotherapy and behavior change, New York: John Wiley & Sons, S. 767-804 (2004)
82. Zeman P: Deutsches Zentrum für Altersfragen Berlin. Ältere Migranten in Deutschland. Befunde zur sozio-demographischen, sozioökonomischen und psychosozialen Lage sowie zielgruppenbezogene Fragen der Politik- und Praxisfeldentwicklung, Expertise im Auftrag des Bundesamtes für Flüchtlinge und Migration (2005)
83. Zielke M: Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie. Weinheim: Beltz (1993)

84. Zielke M, Bogart E J, Carls W: Ergebnisqualität und Gesundheitsökonomie verhaltenstherapeutischer Psychosomatik in der Klinik – Krankheitsverhalten und Ressourcenverbrauch von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen: Ergebnisse verhaltens-medizinischer Behandlung und Rehabilitation im Langzeitverlauf. Lengrich: Pabst Science Publishers (2004)

# Anhang

## Basisdokumentation

### PATIENTEN-AUFNAHMEFRAGEBOGEN SCHLOSSKLINIK BAD BUCHAU

Patientenname		Datum

Liebe Patientin, lieber Patient,

um eine gute und erfolgreiche Behandlung durchführen zu können, benötigt Ihr Schlossklinik-Team ausführliche Informationen, die der Einfachheit halber mit diesem Fragebogen erhoben werden. Bitte beantworten Sie alle Fragen sorgfältig und vollständig. Machen Sie ein Kreuzchen in das Kästchen, das am ehesten auf Sie zutrifft. Bei Bedarf bitten Sie eine Person, der Sie vertrauen, um Hilfe. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt; kein Unbefugter erhält Einblick. Vielen Dank für Ihre Mühe!

*Zur Qualitätssicherung und – Überprüfung werden Sie vor Entlassung und ca. 3 Monate später erneut einen Fragebogen erhalten.*

**Bitte bringen Sie diesen Fragebogen vollständig ausgefüllt zum Aufnahmegespräch bei Ihrer Therapeutin / Ihrem Therapeuten in der Schlossklinik mit!**

<b>Geschlecht</b>	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<b>Alter:</b> _____ Jahre
-------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------

#### Nationalität

1 <input type="checkbox"/> Deutsch	<i>Jahr der Übersiedlung:</i>
2 <input type="checkbox"/> Dt. Übersiedler	
3 <input type="checkbox"/> Türkisch	
4 <input type="checkbox"/> Aus Serbien-Montenegro, <input type="checkbox"/> Mazedonien, <input type="checkbox"/> Bosnien-Herzegowina, <input type="checkbox"/> Slowenien, <input type="checkbox"/> Kroatien,	
5 <input type="checkbox"/> Russisch	
6 <input type="checkbox"/> Polnisch	
7 <input type="checkbox"/> Italienisch	
8 <input type="checkbox"/> Griechisch	
9 andere; und zwar: _____	

#### Wie ist Ihr Familienstand? (Mehrfachankreuzungen sind möglich)

1 <input type="checkbox"/> ledig	
2 <input type="checkbox"/> verheiratet	seit: _____ in <input type="checkbox"/> erster Ehe, <input type="checkbox"/> zweiter Ehe, <input type="checkbox"/> dritter Ehe
3 <input type="checkbox"/> geschieden	seit: _____
4 <input type="checkbox"/> getrennt lebend	seit: _____
5 <input type="checkbox"/> verwitwet	seit: _____

#### In welcher Partnersituation leben Sie?

1 <input type="checkbox"/> kurzfristig kein Partner
2 <input type="checkbox"/> dauerhaft kein Partner
3 <input type="checkbox"/> wechselnde Partner
4 <input type="checkbox"/> fester Partner oder Ehepartner

**Haben Sie eigene Kinder?**

<input type="checkbox"/> ja	Anzahl: _____
<input type="checkbox"/> nein	

**Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?**

- 1 noch in der Schule
- 2 ohne Schulabschluss
- 3 Sonderschule
- 4 Hauptschul- / Volksschulabschluss
- 5 Realschulabschluss / Mittlere Reife / polytechn. Oberschule
- 6 Abitur / Fachhochschulreife

**Welcher Berufsgruppe gehören Sie zur Zeit (oder zuletzt) an?**

- 1 un- / angelernte(r) Arbeiter(in)
- 2 Facharbeiter(in), nicht selbst. Handwerker(in)
- 3 Angestellte(r) / Beamten(er) (nicht leitend)
- 4 leitender Angestellte(r), Beamten(er) im höheren Dienst
- 5 selbst. Handwerker(in), Landwirt(in), Gewerbetreibende(r)
- 6 nicht erwerbstätig / Hausfrau / -mann

**Haben Sie eine Anerkennung als Schwerbehinderte(r)?**

nein       ja, seit \_\_\_\_\_ GdB / MdE \_\_\_\_\_%

**Welche(n) beruflichen Abschluss/üsse besitzen Sie?**

	Wann abgeschlossen?

**Früher ausgeübte Tätigkeiten:**

von – bis	Tätigkeit	Firma	Ort

**Haben Sie aktuell einen Arbeitsplatz?**       ja     nein

seit Monat/Jahr	Tätigkeit	Firma	Ort

**Wie ist Ihre aktuelle berufliche Situation (Mehrfachankreuzungen möglich)?**

1	<input type="checkbox"/> berufstätig, Vollzeit (ca. _____ Wochenstunden)	Seit:	
2	<input type="checkbox"/> berufstätig, Teilzeit (ca. _____ Wochenstunden)	Seit:	
3	<input type="checkbox"/> berufstätig, gelegentlich (ca. _____ Stunden/Monat)	Seit:	
4	<input type="checkbox"/> arbeitslos gemeldet	Seit:	Wochen
5	<input type="checkbox"/> krank geschrieben	Seit:	Wochen
6	<input type="checkbox"/> Ausbildung / Umschulung	Seit:	
7	<input type="checkbox"/> Wehr- / Zivildienst / freiw. soz. Jahr	Seit:	
8	<input type="checkbox"/> In Integrationsfirma oder in WfB beschäftigt	Seit:	
9	<input type="checkbox"/> halbe Erwerbsminderungsrente	Seit:	
10	<input type="checkbox"/> volle Erwerbsminderungsrente	Seit:	
11	<input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsrente	Seit:	
12	<input type="checkbox"/> Rentenantrag gestellt	Am:	
13	<input type="checkbox"/> Rentenantrag wurde abgelehnt	Am:	
14	<input type="checkbox"/> Vorruhestand	Seit:	
15	<input type="checkbox"/> Altersteilzeit	Seit:	
16	<input type="checkbox"/> Altersrente / Pension	Seit:	
17	<input type="checkbox"/> nicht berufstätig	Seit:	

**Wie lange waren Sie in den letzten 12 Monaten insgesamt krank geschrieben?**

1	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu, nicht berufstätig	2	<input type="checkbox"/> keine Krankschreibung	3	<input type="checkbox"/> Krankschreibung: _____ Wochen
---	---	---	--	---	--

**Ambulante psychotherapeutische Vorbehandlung**

keine     früher     aktuell    Dauer in Monaten: \_\_\_\_\_

**Bisherige psychosomatische Rehamaßnahmen oder psychosomatische Kuren**

keine    Anzahl: \_\_\_\_\_ Wann? (bitte Jahresangabe(n)) \_\_\_\_\_

**Zur beginnenden Behandlung kommen Sie auf Anregung von ... (Mehrfachankreuzungen sind möglich)**

- 1  Rentenversicherung
- 2  Krankenkasse / Medizinischer Dienst
- 3  Hausarzt
- 4  anderer Arzt
- 5  andere Einrichtung / Sonstige \_\_\_\_\_
- 6  eigene Initiative
- 7  eigene Initiative im Widerspruchsverfahren

## Interview zum Aufnahmezeitpunkt

### Begrüßung

„Bevor ich anfangen Ihnen zu erzählen, worum es in der Studie geht, würde ich gern wissen, wie gut sie deutsch verstehen und sprechen können. Verstehen Sie mich?“

1. Sprechen Sie Deutsch zuhause?  
 ja  nein

Wenn ja, mit wem?

Partner  Kinder

Vater  Mutter  Geschwister

Freunden  Großeltern  gesamte Familie

sonstige.....

2. Sprechen Sie deutsch bei Ihrer Arbeitsstelle?

überwiegend ja  überwiegend nein

3. Können Sie einfache Texte auf deutsch lesen und den Inhalt verstehen?

**Kein Problem**

**Leichtes Problem**

**Mäßiges Problem**

**Erhebliches Problem**

**Volles Problem**

4. Fühlen Sie sich durch Ihre Deutschkenntnisse eingeschränkt?

**Sehr oft**

**oft**

**selten**

**nie**

5. Glauben Sie, dass Ärzte Sie immer verstehen, wenn Sie ihnen etwas sagen?

**Sehr oft**

**oft**

**Selten**

**nie**

6. Verstehen Sie die Ärzte immer, wenn Sie ihnen etwas sagen?

**Sehr oft**

**oft**

**Selten**

**nie**

### **Einschätzung der Deutschkenntnisse (nach Interview)**

Fremdeinschätzung:

- (1) Pat. versteht mich uneingeschränkt
- (2) Leichte Verständigungsschwierigkeiten
- (3) Große Verständigungsschwierigkeiten
- (4) Pat. versteht mich gar nicht

- (1) Pat. kann sich uneingeschränkt mitteilen
- (2) Pat. hat leichte Probleme, sich selbst mitzuteilen
- (3) Pat. hat große Probleme, sich selbst mitzuteilen
- (4) Pat. kann sich nicht mitteilen

## Erfassung der Symptomatik

Wie geht es Ihnen aktuell?

	Sehr gut	Eher gut	Weder noch	Eher schlecht	Sehr schlecht
Meine körperliche Verfassung ist					
Meine seelische Verfassung ist					
Mein Allgemeinbefinden ist					
Meine Leistungsfähigkeit					

## Krankheitserleben- und darstellung/Leidensdruck/ Beschwerde- u. Problemdarstellung

1. Bitte schildern sie mir Ihre Beschwerden weswegen Sie in der Reha sind.

.....

.....

.....

.....

2. Wie lange sind Sie schon krank?

.....

3. Wann haben Ihre Beschwerden begonnen?/Jahr

.....

4. Warum kommen Sie jetzt in die Reha?/ Wer hat die Reha vorgeschlagen?  
(Mehrfachnennung möglich!)

eigener Wunsch    Arzt    Familie

Krankenkasse    Rententräger

sonstige.....

5. Wie schätzen Sie Ihre aktuelle berufliche Leistungsfähigkeit ein?

100%	75%	50%	25%	0%
<input type="checkbox"/>				

6. Gibt es neben den oben genannten noch weitere seelische oder körperliche Probleme?

.....

.....

7. „Ich werde Ihnen jetzt einige mögliche Probleme nennen, unter denen Sie evtl. leiden. Bitte antworten Sie mit „ja“, wenn Sie dieses Problem aktuell haben. Bitte beantworten Sie mit „nein“, wenn Sie dieses Problem nicht haben.“

Gibt es folgende Probleme...

	Eher ja	Eher nein
<b>Probleme mit dem Ehe- oder Lebenspartner</b>		
<b>ein sexuelles Problem</b>		
<b>Probleme mit Freunden oder Freundinnen</b>		
<b>Wenige Freunde und Bekannte</b>		
<b>Schwierigkeiten mit Familienmitgliedern (nicht Partner)</b>		
<b>Probleme mit Arbeitskollegen</b>		
<b>Schwierigkeiten, Aufgaben in Beruf/Schule/Haushalt zu bewältigen</b>		
<b>Geringes Selbstwertgefühl</b>		
<b>Probleme, mich zu verstehen</b>		
<b>Zu starke Gefühle bei Ereignissen</b>		
<b>Gefühle von Erschöpfung</b>		
<b>Gefühle von Angst</b>		
<b>Gefühle von Depression</b>		
<b>Gefühle von Ärger</b>		
<b>Körperliches Problem (körperliche Krankheit, Schmerz oder medizinische Symptome)</b>		
<b>Alkohol- oder Drogenprobleme</b>		
<b>Probleme mit dem Essen oder Gewicht</b>		
<b>Sinn- und Ziellosigkeitsgefühle</b>		

8. Welche der genannten Probleme sind die beiden stärksten unter denen Sie leiden?

.....

.....

**Migrationsspezifische Anamnese (nach Kleinmann)/ Erhebung relevanter psychosozialer Faktoren**

1. Aus welchem Land stammen Sie?

.....

2. Warum kamen Sie nach Deutschland?

Krieg  bessere Arbeitsbedingungen  höherer  
Lebensstandard

sonstige.....

3. Wann kamen Sie nach Deutschland?

.....

4. Wie zufrieden sind Sie mit dem Leben in Deutschland?

**Sehr zufrieden**

**Eher zufrieden**

**Eher unzufrieden**

**Sehr unzufrieden**

5. Sehnen Sie sich manchmal nach einem Leben in ihrem Heimatland?

**Sehr oft**

**oft**

**selten**

**nie**

6. Wo leben ihre engsten Verwandten (Eltern, Großeltern, Geschwister)?

in Deutschland  
/wer.....

im Heimatland/  
wer.....

sonstiges.....

7. Planen Sie, irgendwann in Ihr Heimatland zurückzukehren?

ja  nein

Wenn ja, wann?.....

## Funktionsbeeinträchtigung nach ICF

**verbale Kompetenz/Anforderungen erfüllen/Soziale Beziehungen und Aktivitäten/Nähe in Beziehungen/Soziale Rücksichtnahme/Fitness und Wohlbefinden- ICF- Fragen**

Können Sie ...	Kein Problem	Leichtes Problem	Mäßiges Problem	Erhebliches Problem	Volles Problem
Sich anpassen, wenn sie mit anderen zusammen sind? Das heißt, sich an Regeln halten. (Wie z.B. Regeln in der Klinik oder bei der Arbeit)					
Einfache Texte in Ihrer Muttersprache lesen und den Inhalt verstehen?					
Ihre Aufgaben bei der Arbeit schaffen?					
Ihre Aufgaben zuhause schaffen?					
Beziehungen zu Bekannten und/oder Freunden aufbauen und pflegen?					
An Feiern mit Menschen teilnehmen?					
An Verabredungen mit Menschen teilnehmen?					
Sich körperlich fit halten. Dafür sorgen, dass es ihnen körperlich gut geht. z.B. ein Hobby ausüben, Sport treiben etc.					
Eine Liebesbeziehung/Partnerschaft eingehen und führen?					

**Krankheitskonzept/modell des Pat.**

1. Welche Erklärungen haben Sie für Ihre Beschwerden? Was hat ihrer Ansicht nach Ihre Beschwerden verursacht?

eher extrinsisch     eher intrinsisch

eher psychisch     eher somatisch

.....

.....

2. Kennen Sie jemanden, der ähnliche Beschwerden hat? Wenn ja, wen?

Vater     Mutter     Geschwister     Freund     nein

sonstige.....

3. Es gibt Krankheiten, bei denen seelische Probleme und körperliche Beschwerden zusammenhängen. Zum Beispiel kann Stress zu körperlichen Beschwerden wie Magenschmerzen führen. Können Sie sich vorstellen, dass es bei Ihrer Krankheit solche Zusammenhänge gibt?

**Kann ich mir sehr gut vorstellen**

**Kann ich mir vorstellen**

**Kann ich mir kaum vorstellen**

**Kann ich mir überhaupt nicht vorstellen**

4. Im Folgenden werde ich Ihnen mögliche Gründe für Ihre Beschwerde vorlesen. Bitte schätzen Sie ein, wie groß der Einfluss auf Ihre Beschwerden ist.

Glauben Sie, dass Ihre Beschwerden zusammenhängen mit

	Hat einen sehr großen Einfluss	Hat einen großen Einfluss	Hat geringen Einfluss	Hat keinen Einfluss
Einer körperlichen Erkrankung?				
Körperlich schwerer Arbeit?				
Stress?				
Finanziellen Problemen?				
dem Wetter?				
Konflikte in der Familie?				
Ihrer Wohnsituation?				
Probleme am Arbeitsplatz?				
Enttäuschten Hoffnungen?				
Verlust der familiären Bindungen?				
Einem schlimmen Erlebnis? (z.B. einem Unfall, Überfall)				
Einer Trennung?				
Arbeitslosigkeit?				
Einem Fluch/Böse Geister o.ä.?				

5. Im folgenden nenne ich Ihnen einige mögliche Gründe, die sich aus ihrer Situation als Ausländer in Deutschland ergeben könnten.

	<b>Hat einen sehr großen Einfluss</b>	<b>Hat einen großen Einfluss</b>	<b>Hat geringen Einfluss</b>	<b>Hat keinen Einfluss</b>
<b>Heimweh?</b>				
<b>Sprachliche Probleme?</b>				
<b>Fremd fühlen in Deutschland?</b>				
<b>Ausländerfeindlichkeit?</b>				

6. Welche zwei der genannten Probleme sind die wichtigsten?

.....

## Veränderungskonzept des Pat./gewünschte Behandlungsform

1. Was glauben Sie, kann Ihnen helfen?/Welche Behandlung sollten Sie ihrer Meinung nach erhalten?

sonstige.....

.....

Psychotherapie    Medikamente    OP

Massagen    Sporttherapie    Berentung

2. Wie behandelt man eine solche Erkrankung in ihrem Heimatland?

sonstige.....

Psychotherapie    Medikamente    OP

Massagen    Sporttherapie    Berentung

3. Können Sie sich vorstellen, dass eine Psychotherapie eine hilfreiche Behandlung für Sie wäre?

**Kann ich mir sehr  
gut vorstellen**

**Kann ich mir  
vorstellen**

**Kann ich mir kaum  
vorstellen**

**Kann ich mir  
überhaupt nicht  
vorstellen**

**Veränderungsressourcen/Hemmnisse, persönliche Ressourcen, soziale Unterstützung, Krankheitsgewinn**

1. Wer (oder was) hilft Ihnen bei der Bewältigung Ihrer Krankheit?

sonstige.....

Arzt     Familie     Freunde

Massagen     Sporttherapie     Psychotherapie

2. Haben Sie Hobbys? (Wie verbringen Sie ihre Freizeit?)

ja     nein

Wenn ja, welche?.....

Haben Sie einen Freundeskreis?

ja     nein

3. Wie reagiert Ihre Familie auf ihre Beschwerden/ was machen sie?

unterstützen     meiden     verurteilen     nichts

4. Wie reagieren Freunde auf ihre Beschwerden/ was machen sie?

unterstützen     meiden     verurteilen     nichts

.....

## Sozialmedizinische Erwartungen

1. Wenn Sie an Ihren derzeitigen Gesundheitszustand und Ihre berufliche Leistungsfähigkeit denken:  
Glauben Sie, dass Sie Ihre derzeitige (letzte) Tätigkeit bis zum Erreichen des Rentenalters ausüben können?

**sicher**

**Eher ja**

**Eher nein**

**Auf keinen Fall**

2. Sehen Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand Ihre allgemeine Erwerbsfähigkeit dauerhaft gefährdet?

**nein**

**ja**

3. Am Ende Ihres Aufenthaltes wird der Arzt eine Einschätzung Ihrer Leistungsfähigkeit machen. Was erwarten Sie, wird der Arzt empfehlen?

Sonstige.....

.....

Rente    AU    AF    stufenweise Wiedereingliederung

## Therapieerwartung

1. Welche Erwartungen/Ziele haben Sie an die Therapieangebote in der Reha?

.....

2. Im Folgenden nenne ich Ihnen einige möglichen Erwartungen. Bitte sagen Sie mir, wie sehr diese auf Sie zutreffen:

	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
<b>Erwarten Sie, dass Sie sich erholen werden?</b>				
<b>Erwarten Sie eine genaue Mitteilung der Diagnose?</b>				
<b>Erwarten Sie, dass Sie durch die Reha körperlich mehr leisten können?</b>				
<b>Erwarten Sie, wie früher arbeiten können?</b>				
<b>Erwarten Sie, dass ihr Selbstvertrauen gestärkt wird?</b>				
<b>Erwarten Sie, besser mit Stress umgehen zu können?</b>				
<b>Erwarten Sie Hilfe bei der Rentenantragsstellung?</b>				
<b>Erwarten Sie die</b>				

<b>Bestätigung Ihrer verminderten Leistungsfähigkeit</b>				
--	--	--	--	--

3. Glauben Sie, dass Ihnen durch die Therapieangebote in der Reha geholfen werden kann?

**Kann ich mir sehr  
gut vorstellen**

**Kann ich mir  
vorstellen**

**Kann ich mir kaum  
vorstellen**

**Kann ich mir  
überhaupt nicht  
vorstellen**

Wenn ja, durch welche?

Psychotherapeutische Gespräche    Medizinische  
Untersuchungen

Massagen    Sporttherapie    Ergotherapie    Musiktherapie

sonstige:.....

## Interview zum Entlasszeitpunkt

1. Wie geht es Ihnen aktuell?

	Sehr gut	Eher gut	Weder noch	Eher schlecht	Sehr schlecht
Meine körperliche Verfassung ist					
Meine seelische Verfassung ist					
Mein Allgemeinbefinden ist					
Meine Leistungsfähigkeit					

2. Haben Sie das Gefühl, dass Sie hier am richtigen Platz waren?

Ja

Nein

Weiß nicht so recht

3. Hat Ihnen die Behandlung geholfen, besser mit Ihren Symptomen zurecht zu kommen?

Ja

Nein

Weiß nicht so recht

4. Wie schätzen Sie Ihre aktuelle berufliche Leistungsfähigkeit ein?

100%

75%

50%

25%

0%

5. Wie beurteilen Sie,...

	<b>Sehr gut</b>	<b>gut</b>	<b>zufriedenstellend</b>	<b>Nicht zufriedenstellend</b>
<b>Die gesamte Behandlung</b>				
<b>Die therapeutische Betreuung</b>				
<b>Die ärztliche Betreuung</b>				
<b>Den Pflegedienst</b>				

## Therapieerleben

1. Wie gut haben Ihnen die Therapien geholfen?

**Sehr gut**

**Gut**

**Zufriedenstellend**

**Nicht zufriedenstellend**

2. Welche Therapien haben Ihnen am meisten geholfen?

Psychotherapeutische Gespräche    Medizinische Untersuchungen

Massagen    Sporttherapie    Ergotherapie    Musiktherapie

sonstige:.....

3. Welche zwei der Therapien waren die hilfreichsten?

.....

4. Warum haben Ihnen diese Therapien gut geholfen?

.....

5. Welche Therapien haben Ihnen nicht geholfen?

Psychotherapeutische Gespräche    Medizinische Untersuchungen

Massagen    Sporttherapie    Ergotherapie    Musiktherapie

sonstige:.....

.

Welche zwei Therapien waren die am wenigsten hilfreichsten?

.....

6. Warum waren diese Therapien nicht hilfreich?

.....

7. Gab es noch andere Dinge, die Ihnen geholfen haben?

.....

8. Gab es sprachliche Probleme bei den Therapien?

bei.....

**große**

**etwas**

**keine**

bei.....

**große**

**etwas**

**keine**

## Krankheitsmodell/ Veränderung

1. Nun, am Ende Ihres Aufenthaltes in der Reha. Hat sich an der Vorstellung, warum Sie unter den Beschwerden leiden, etwas verändert?

Ja

Nein

wenn ja, welche?.....

## Sozialmedizinische Erwartungen

1. Ich hatte Sie im Erstinterview bereits nach Ihrer Einschätzung zu Ihrer beruflichen Leistungsfähigkeit befragt. Wenn Sie an Ihren derzeitigen Gesundheitszustand und Ihre berufliche Leistungsfähigkeit denken: Glauben Sie, dass Sie Ihre derzeitige (letzte) Tätigkeit bis zum Erreichen des Rentenalters ausüben können?

**sicher**

**Eher ja**

**Eher nein**

**Auf keinen Fall**

2. Sehen Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand Ihre allgemeine Erwerbsfähigkeit dauerhaft gefährdet?

**nein**

**ja**

3. Am Ende Ihres Aufenthaltes wird der Arzt eine Einschätzung Ihrer Leistungsfähigkeit machen. Was erwarten Sie, wird der Arzt empfehlen?

Sonstige.....

.....

Rente    AU    AF    stufenweise Wiedereingliederung

## Reha-Ziele und Veränderungen

1. Sie hatten in unserem ersten Gespräch einige Problembereiche genannt. Was hat sich seit Rehabeginn aus Ihrer Sicht verändert?

	Deutlich verbessert	Etwas verbessert	unverändert	Etwas verschlechtert	Deutlich verschlechtert
<b>Probleme mit dem Ehe- oder Lebenspartner</b>					
<b>ein sexuelles Problem</b>					
<b>Probleme mit Freunden oder Freundinnen</b>					
<b>Wenige Freunde und Bekannte</b>					
<b>Schwierigkeiten mit Familienmitgliedern (nicht Partner)</b>					
<b>Probleme mit Arbeitskollegen</b>					
<b>Schwierigkeiten, Aufgaben in Beruf/Schule/Haushalt zu bewältigen</b>					
<b>Geringes Selbstwertgefühl</b>					
<b>Probleme, mich zu verstehen</b>					
<b>Zu starke Gefühle bei Ereignissen</b>					
<b>Gefühle von Erschöpfung, Angst, Depression oder Ärger</b>					
<b>Körperliches Problem (körperliche Krankheit, Schmerz oder medizinische Symptome)</b>					
<b>Alkohol- oder Drogenprobleme</b>					
<b>Probleme mit dem Essen oder Gewicht</b>					
<b>Sonstige</b>					

## Erwartungen an die Zeit nach der Reha

1. Was erwarten Sie, wird sich bei Ihnen nach der Reha verändern?

	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
<b>Erwarten Sie, dass Sie ihren Alltag erholter angehen können?</b>				
<b>Erwarten Sie, dass Sie körperlich mehr leisten können?</b>				
<b>Erwarten Sie, wie früher arbeiten zu können ?</b>				
<b>Erwarten Sie, nach der Reha besser mit Stress umgehen zu können?</b>				
<b>Erwarten Sie einen Rentanantrag bewilligt zu bekommen?</b>				

## Interview Katamnesezeitpunkt

1. Wie geht es Ihnen aktuell?

	Sehr gut	Eher gut	Weder noch	Eher schlecht	Sehr schlecht
Meine körperliche Verfassung ist					
Meine seelische Verfassung ist					
Mein Allgemeinbefinden ist					
Meinen Leistungsfähigkeit					

2. Wie ist Ihre jetzige berufliche Situation?

Berufstätig

Vollzeit .....H/Wo

Teilzeit .....H/Wo

gelegentlich .....H/Wo

Nicht Berufstätig

nicht berufstätig mithelfender Familienangehöriger

nicht berufstätig, Hausfrau/-mann

Ausbildung

Arbeitslos

Krankgeschrieben

mit Arbeitsverhältnis .....H/Wo

ohne Arbeitsverhältnis .....H/Wo

Rente

Altersrente/Pension

Frührente

Erwerbsunfähigkeitsrente

Berufsunfähigkeitsrente

auf Dauer

auf Zeit

Waisen-/Witwenrente

Rentenanspruch gestellt VOR der Reha

Rentenanspruch gestellt NACH der Reha

Rentenantrag wurde abgelehnt  Widerspruchsverfahren läuft

3. Hat sich etwas verändert seit der Reha?

Seit wann?.....

Wie vor der Reha

Verändert

4. Wie lange waren Sie nach der Behandlung in der Reha insgesamt krank geschrieben?

Trifft nicht zu, nicht berufstätig

Insgesamt .....Tage

Krankschreibung erfolgte wegen

Beschwerden, die ich auch in der Schlossklinik hatte

anderer Beschwerden

beides

5. Wie schätzen Sie Ihre aktuelle berufliche Leistungsfähigkeit ein?

100%      75%      50%      25%      0%

6. Haben Sie seit der Behandlung in der Klinik....

Ihre Arbeitszeit reduziert?

eine Umschulung begonnen oder gemacht?

eine Berufsfindungsmaßnahme begonnen oder gemacht?

eine Umsetzung an einen neuen Arbeitsplatz erhalten?

andere Maßnahmen durch die Krankenversicherung begonnen, erhalten  
oder

andere Maßnahmen bei der Rentenversicherung beantragt?

welche?.....

7. Alles in allem, wie zufrieden sind Sie aus heutiger Sicht mit dem  
Behandlungs-ergebnis der Reha in der Schlossklinik?

**Sehr zufrieden**

**Eher  
zufrieden**

**Eher unzufrieden**

**Sehr unzufrieden**

8. Gibt es etwas, das Ihnen während der Reha besonders gut gefallen hat?

.....

9. Gibt es irgendwas, das Ihnen gar nicht gefallen hat?

.....

10. Sie hatten in unserem ersten Gespräch einige Problembereiche genannt. Was hat sich seit aus Ihrer Sicht bis heute verändert?

	Deutlich verbessert	Etwas verbessert	unverändert	Etwas verschlechtert	Deutlich verschlechtert
<b>Probleme mit dem Ehe- oder Lebenspartner</b>					
<b>ein sexuelles Problem</b>					
<b>Probleme mit Freunden oder Freundinnen</b>					
<b>Wenige Freunde und Bekannte</b>					
<b>Schwierigkeiten mit Familienmitgliedern (nicht Partner)</b>					
<b>Probleme mit Arbeitskollegen</b>					
<b>Schwierigkeiten, Aufgaben in Beruf/Schule zu bewältigen</b>					
<b>Geringes Selbstwertgefühl</b>					
<b>Probleme, mich zu verstehen</b>					
<b>Zu starke Gefühle bei Ereignissen</b>					
<b>Gefühle von Erschöpfung, Angst, Depression oder Ärger</b>					
<b>Körperliches Problem (körperliche Krankheit, Schmerz oder medizinische Symptome)</b>					
<b>Alkohol- oder Drogenprobleme</b>					
<b>Probleme mit dem Essen oder Gewicht</b>					

**Funktionsbeeinträchtigung/ICF: verbale Kompetenz/Anforderungen erfüllen/Soziale Beziehungen und Aktivitäten/Nähe in Beziehungen/Soziale Rücksichtnahme/Fitness und Wohlbefinden- ICF- Fragen**

Können Sie ...	Kein Problem	Leichtes Problem	Mäßiges Problem	Erhebliches Problem	Volles Problem
Sich anpassen, wenn sie mit anderen zusammen sind? Das heißt, sich an Regeln halten. (Wie z.B. Regeln in der Klinik oder bei der Arbeit)					
Einfache Texte in Ihrer Muttersprache lesen und den Inhalt verstehen?					
Die Aufgaben bei der Arbeit schaffen?					
Die Aufgaben zuhause schaffen?					
Freundschaften schließen?					
An Feiern oder Verabredungen mit Menschen teilnehmen?					
Sich körperlich fit halten. Dafür sorgen, dass es ihnen körperlich gut geht. z.B. ein Hobby ausüben, Sport treiben etc.					
Eine Liebesbeziehung eingehen und führen?					

1. Gibt es wichtige Ereignisse nach der Behandlung in der Reha?

.....

2. Nach Abschluss der Behandlung in unserer Klinik- haben Sie da eine Psychotherapie oder andere Behandlungen weitergeführt oder angefangen?

Ambulante Psychotherapie fortgeführt

Ambulante Psychotherapie neu begonnen

Warteliste für ambulante Psychotherapie

Stationäre psychotherapeutische Behandlung

Stationäre psychiatrische Behandlung

Keine

sonstige Behandlungen

.....

"Die Danksagung ist in der Online-Version aus Gründen des Datenschutzes nicht enthalten".

"Der Lebenslauf ist in der Online-Version aus Gründen des Datenschutzes nicht enthalten".