



Universität Bremen



Deutsche
Rentenversicherung

Braunschweig-Hannover

**Patienten mit Migrationshintergrund im
Kontext psychosomatischer Rehabilitation**

Quo vadis?

Kumulative Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
durch den Promotionsausschuss Dr. rer. nat.
der Universität Bremen

vorgelegt von:

Dipl.-Psych. Julia Göbber

Hannover, Juli 2015

Erstgutachter:

Prof. Dr. Ulrike Petermann

Zweitgutachter:

Prof. Dr. Holger Schulz

Betreuer:

PD Dr. Axel Kobelt

Prof. Dr. Franz Petermann

Promotionskolloquium am 26.06.2015

| | |
|--|-----------|
| Zusammenfassung | 5 |
| Summary | 6 |
| 1. Einleitung | 7 |
| 1.1 Menschen mit Migrationshintergrund in der Bundesrepublik Deutschland..... | 7 |
| 1.2 Migration und Gesundheit..... | 7 |
| 1.2.1 Selektionstheorie und Healthy-migrant-Effekt..... | 8 |
| 1.2.2 Migrations-Stress-Hypothese | 8 |
| 1.2.3 Das Akkulturationsstress-Modell | 9 |
| 1.2.4 Theorie der sozialen Unterprivilegierung..... | 9 |
| 1.2.5 Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem | 9 |
| 1.3 Psychische Erkrankungen bei Migranten | 10 |
| 1.4 Psychotherapeutische Behandlung psychischer Erkrankungen bei Migranten... | 11 |
| 1.5 Erwerbsminderung bei Migranten mit psychischen Erkrankungen | 13 |
| 2. Behandlungsergebnisse bei Migranten in der psychosomatischen Rehabilitation.. | 14 |
| 3. Der Migrationshintergrund aus Sichtweise des ICF – Hemm- oder Förderfaktor? | 17 |
| 4. Beschwerdvalidität | 20 |
| 5. Bedarfsanalyse bei niedergelassenen Haus- und Fachärzten in Hannover..... | 24 |
| 5.1 Fragestellung | 24 |
| 5.2 Methodik..... | 24 |
| 5.3 Ergebnisse..... | 25 |
| 5.4 Diskussion und Bedeutung für das Gesamtprojekt..... | 26 |
| 6. Förderung der Gesundheitskompetenz durch Informations- und Vorbereitungsgruppen..... | 27 |
| 6.1 Health literacy..... | 27 |
| 6.2 Health Literacy und psychosomatische Rehabilitation | 28 |
| 6.2.1 Inhaltliche Darstellung der prästationären Informationsveranstaltung | 29 |

| | | |
|-----------|---|------------|
| 6.3 | Ergebnisse..... | 30 |
| 7. | Zusammenführung und Diskussion | 31 |
| 7.1 | Ausblick..... | 34 |
| | Literaturverzeichnis | 36 |
| | Anhang..... | L |
| | Anhang A: Die Bedarfsfrage in der Rehabilitation und die Versorgung neuer Zielgruppen. Migranten in der Psychosomatischen Rehabilitation..... | LI |
| | Anhang B: Die sozioökonomische Schicht ist wichtiger für das Behandlungsergebnis in der psychosomatischen Rehabilitation als der Migrationshintergrund..... | LXX |
| | Anhang C: Stationäre psychosomatische Rehabilitationsbehandlung von Patienten mit türkischem Migrationshintergrund..... | LXXVI |
| | Anhang D: Beschwerdvalidierung bei Rehabilitanden mit Migrationshintergrund in der Psychosomatik..... | LXXXIV |
| | Anhang E: Evaluation einer kulturoffenen prästationären Informationsveranstaltung vor psychosomatischer Rehabilitation. Effekte auf die Gesundheitskompetenz und die Therapiemotivation bei Patienten mit und ohne Migrationshintergrund..... | XCIV |
| | Eigenständiger Anteil an den Veröffentlichungen | CII |
| | Eidesstattliche Erklärung | CX |
| | Danksagung..... | CXI |

Tabellenverzeichnis

| | |
|--|----|
| Tabelle 4.1: Ergebnis des SFSS bei Deutschen und Migranten (Göbber et al., 2012, Anhang D)..... | 22 |
| Tabelle 5.1: Anteil der Patienten mit Migrationshintergrund in der Praxis..... | 25 |
| Tabelle 5.2: Kenntnisstand der Patienten mit Migrationshintergrund bezüglich Angeboten der Rentenversicherung..... | 25 |

Zusammenfassung

Der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund in der Bundesrepublik Deutschland ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. Die kulturelle Vielfalt bietet neben Chancen auch gesellschaftliche Herausforderungen. Hierzu gehören die Auswirkungen psychischer Erkrankungen von Migranten auf den Betroffenen, sein soziales Umfeld und auf die Gesellschaft. Bisher gibt es noch wenig Forschungsaktivität, die sich mit der spezifischen Schnittstelle von psychisch erkrankten Migranten, deren Erwerbsfähigkeit und der psychosomatischen Rehabilitation beschäftigt. Den psychischen Erkrankungen als Grund für eine Erwerbsminderungsrente kommt bei Migranten eine noch höhere Bedeutung zu, als bei deutschen Versicherten (Kobelt, Göbber & Petermann, 2011, Anhang A). Gleichzeitig wird über schlechtere Rehabilitationserfolge bei Migranten mit psychischen Erkrankungen berichtet. In der nachfolgend dargestellten Studie ließen sich die in der Literatur berichteten schlechteren Behandlungsergebnisse bei Migranten replizieren (Kobelt, Göbber, Pfeiffer & Petermann, 2013, Anhang B). Bei Einbezug der Schichtzugehörigkeit zeigt sich jedoch, dass dieser eine höhere Bedeutung in der Vorhersage des Rehabilitationserfolges zukommt als dem Migrationshintergrund selbst. Aus Sichtweise des ICF lässt sich der Migrationshintergrund sowohl als Hemm-, als auch als Förderfaktor betrachten (Göbber, Pfeiffer, Winkler, Kobelt & Petermann, 2010, Anhang C). Bei der Untersuchung der Beschwerdvalidität zeigte sich, dass sich bei Migranten mehr auffällige Testergebnisse im Sinne eines möglicherweise invaliden Testergebnisses zeigen. Bei Einbezug weiterer Faktoren verliert der Migrationshintergrund bei der Erklärung auffälliger Testergebnisse jedoch an Bedeutung (Göbber, Petermann, Piegza & Kobelt, 2012, Anhang D). Die vorgestellten Studien zeigen, dass bei der Erklärung schlechterer Rehabilitationserfolge und vermehrter Erwerbsminderungsrenten bei Migranten der Migrationshintergrund nicht als alleiniger Erklärungsfaktor herangezogen werden darf. Vielmehr kommt besonders der Schichtzugehörigkeit eine hohe Bedeutung zu (Kobelt et al., 2013, Anhang B). Als konkrete Maßnahme zur Verbesserung der Behandlungsergebnisse wird eine prästationäre Informations- und Vorbereitungsgruppe vorgestellt, mit der sowohl Personen mit, als auch ohne Migrationshintergrund erreicht werden können (Göbber, Petermann & Kobelt, 2012, Anhang E).

Summary

The percentage of people with an immigrant background in the Federal Republic of Germany has risen steadily in recent years. Cultural diversity provides both opportunities and social challenges. These include the impact of mental disorders of immigrants on those affected, their direct social environment, and on society. To date, there is little research activity that deals with the specific interface of mentally ill immigrants, their ability to work, and psychosomatic rehabilitation. Mental illness as a reason for a disability pension has an even greater significance for people with an immigrant background than for insured German people (Kobelt, Göbber, et al., 2011, Anhang A). At the same time, however, poorer rehabilitation success among immigrants with mental illness is being reported. In the study presented below, reported poorer treatment outcomes in immigrants are replicated (Kobelt et al., 2013, Anhang B). Including social class, however, shows that this has a greater significance in predicting rehabilitation success than the immigrant background itself. From the perspective of the ICF, an immigrant background can be considered both an obstacle as well as a benefit (Göbber et al., 2010, Anhang C). Examining the validity of the complaints showed that more conspicuous test results in terms of a potentially invalid test result can be seen in immigrants. When including other factors, however, the immigrant background becomes less significant in the explanation of test results (Göbber, Petermann, Piegza, et al., 2012, Anhang D). The presented studies demonstrate that an immigrant background should not be used as the sole explanatory factor in explaining poorer rehabilitation success and increased disability pensions among immigrants. Rather, social class in particular is of far greater importance (Kobelt et al., 2013, Anhang B). Improving health literacy is proposed as a concrete measure to improve treatment results. An informational and preparation group is presented, with which both people with and without an immigrant background can be reached (Göbber, Petermann & Kobelt, 2012, Anhang E)

1. Einleitung

1.1 Menschen mit Migrationshintergrund in der Bundesrepublik Deutschland

Vom Ende der 1950er Jahre bis zum Anwerberstop 1973 migrierten rund 2,6 Millionen „Gastarbeiter“ nach Deutschland. Bereits seit Ende der sechziger Jahre hatte bei vielen Gastarbeitern zudem der Familiennachzug eingesetzt, was zu einem weiteren Anstieg des Anteils der Personen mit Migrationshintergrund führte (Sarrazin, 2010). 2009 hatte laut den Angaben des Mikrozensus 2009 rund jeder fünfte in Deutschland lebende Bundesbürger einen Migrationshintergrund (Statistisches-Bundesamt, 2010). Das entspricht einer Zahl von rund 16 Millionen Menschen. Die Zahl der Deutschen ohne ausländische Wurzeln ist in den letzten Jahren zurückgegangen, während der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund aufgrund von Zuwanderung aus dem Ausland und höheren Geburtenraten gestiegen ist. Diese Entwicklung wird sich auch in den nächsten Jahren weiter fortsetzen, und der Anteil der in Deutschland lebenden Personen mit Migrationshintergrund wird stetig steigen (Berlin-Institut-für-Bevölkerung-und-Entwicklung, 2009). Nach der Definition von Schenk et al. (2006) gehören zur Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund die Personen, deren beide Elternteile in einem anderen Land geboren wurden, ebenso wie Personen, die nicht seit ihrer Geburt in Deutschland leben und bei denen mindestens ein Elternteil ebenfalls nicht in Deutschland geboren ist, sowie auch die Personen, die nicht Deutsch als Muttersprache sprechen¹. Zu den wichtigsten Herkunftsländern zählen in Deutschland die Türkei, Polen, die Russische Föderation und die Mittelmeerstaaten (Statistisches-Bundesamt, 2008). Die Haltung gegenüber dem wachsenden Anteil von Personen mit Migrationshintergrund ist in der Bevölkerung ambivalent. Am deutlichsten wurde das wohl in der Debatte, die das Buch von Thilo Sarrazin „Deutschland schafft sich ab“ (Sarrazin, 2010) auslöste.

1.2 Migration und Gesundheit

Es wird vielfach diskutiert, dass der Migrationshintergrund einen Einfluss auf die Gesundheit der Betroffenen hat. Gleichzeitig wird auch angenommen, dass der

¹ Diese Definition von Personen mit Migrationshintergrund wurde auch bei den Untersuchungen der vorliegenden Dissertation angewandt. Um die Lesbarkeit zu erleichtern werden nachfolgend die Begriffe „Personen mit Migrationshintergrund“ und „Migranten“ als Synonyme verwendet.

Gesundheitszustand die Wahrscheinlichkeit einer Migration beeinflusst (Razum et al., 2008). Zur Erklärung des komplexen Zusammenhanges zwischen dem Migrationshintergrund und dem Gesundheitszustand gibt es verschiedene, sich ergänzende Ansätze.

1.2.1 Selektionstheorie und Healthy-migrant-Effekt

Die Selektionstheorie geht von der Annahme aus, dass diejenigen Personen aus ihrem Heimatland emigrieren, die bereits dort psychosoziale Anpassungsprobleme und Vulnerabilitäten zeigten (Kizilhan, 2011). Die gegenteilige Annahme des Healthy-Migrant-Effekts beschreibt, dass Migranten, die aus eigenem Antrieb auswandern, tendenziell wohlhabender, motivierter, robuster und belastbarer sind (Kizilhan, 2011). Nach dieser Theorie wird vermutet, dass vor allem jüngere sowie besonders gesunde Menschen auswandern. Danach beinhaltet Migration einen (Selbst-) Selektionseffekt. Dieser Effekt sei aber vorübergehender Natur und gehe infolge sozialer Benachteiligung und aufgrund von Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem verloren (Schenk, 2007).

1.2.2 Migrations-Stress-Hypothese

Der Migrationsprozess, die Wanderung von der einen Kultur in eine andere, wird als kritisches Lebensereignis für das betroffene Individuum angesehen. Kritischen Lebensereignissen wird eine wichtige Bedeutung bei der Entstehung psychischer und körperlicher Krankheiten beigemessen. Dabei hat sich der Blickwinkel verändert und ihre Wirkung wird nicht mehr per se als krankmachend angesehen, sondern abhängig von den verfügbaren Ressourcen und dem sozialen Kontext können auch positive individuelle Entwicklungen angestoßen werden (Faltermeier, 2005). Als Einflussfaktoren für eine erfolgreiche Bewältigung gelten günstige Umstände und eine positive Bewertung der Migration, vorhandene Bewältigungsstrategien, die Fähigkeit, sich in Anpassung auf die veränderten Bedingungen neue Strategien anzueignen und Persönlichkeitsmerkmale wie Kontrollüberzeugung, Optimismus sowie materielle und soziale Ressourcen (Schenk, 2007). Als Risikofaktor für das Entwickeln eines psychosomatischen Beschwerdebildes gilt nach der Theorie der unerfüllten Statusaspiration das Nicht-Erreichen von Migrationszielen, insbesondere solche, die einen sozialen Aufstieg betreffen (Schenk, 2007).

1.2.3 Das Akkulturationsstress-Modell

Nach der Theorie von Berry (1992) handelt es sich bei Akkulturationsstress um Stress, der mit herkunftsbezogener Ablehnung durch das soziale Umfeld der Mehrheitsgesellschaft verbunden ist. Die von Migranten erlebten Vorurteile, Diskriminierungen und Ablehnung sind Stressoren, mit denen sich migrierende Personen konfrontiert sehen können und die sowohl ihre psychische, als auch somatische Gesundheit beeinflussen können. Nach dem Modell sind vier Strategien als Reaktion auf die Konfrontation der eigenen sozialen Identität mit der des Gastlandes zu beobachten (Kizilhan, 2011):

- **Integration** bezeichnet ein Bemühen um die Aufnahme fremdkultureller Merkmale bei gleichzeitiger Bewahrung der Werte der Herkunftsgesellschaft
- **Assimilation** beschreibt die Aufgabe der Werte der Herkunftsgesellschaft und Übernahme der Werte der neuen Gesellschaft
- bei **Segregation** handelt es sich um eine Beibehaltung der Werte der Herkunftsgesellschaft und eine fehlenden Übernahme der Werte der neuen Gesellschaft
- **Marginalisation** bezeichnet die Aufgabe der Werte der Herkunftsgesellschaft und keine Übernahme der Werte der neuen Gesellschaft (Demiralay & Haasen, 2011)

1.2.4 Theorie der sozialen Unterprivilegierung

Es gilt heutzutage als evident, dass ein Migrationshintergrund ein Faktor ist, welcher eine Rolle bei sozialer Ungleichheit spielt (Schenk, 2007). Im Zuge dieser Theorie werden gesundheitliche Risiken von Personen mit Migrationshintergrund als Folge sozialer Benachteiligung interpretiert, die auf diverse mögliche Faktoren zurückzuführen sind: soziale und berufliche Abstiegsprozesse, gesundheitsschädigende Wohn- und Arbeitsbedingungen, gesundheitsgefährdendes Verhalten. Hierbei ist stets zu beachten, dass der Prozess der Migration auch mit einer Verbesserung der sozialen Situation einhergehen kann.

1.2.5 Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem

Es werden diverse Zugangsbarrieren diskutiert, welche für Personen mit Migrationshintergrund den Zugang zum Gesundheitssystem erschweren. Hierzu zählen auf Seiten des Gesundheitssystems eine fehlende interkulturelle Kompetenz des medizinischen Personals, ein Mangel an Muttersprachlern und Dolmetschern im Gesundheitssystem sowie ethnozentrische Ausgrenzungsprozesse. Doch auch auf Seiten der Personen mit

Migrationshintergrund lassen sich Faktoren benennen, die den Zugang zum Gesundheitssystem behindern. Dazu gehören mangelnde Sprachkenntnisse, mangelndes Wissen über bestehende Versorgungsangebote, Skepsis gegenüber öffentlichen Einrichtungen und auch kulturelle Differenzen z.B. beim Krankheitskonzept (Schenk, 2007).

1.3 Psychische Erkrankungen bei Migranten

In der Prävalenz der psychischen Erkrankungen scheint es bei Deutschen und Migranten keine bedeutsamen Unterschiede zu geben (Glaesmer et al., 2009). Damit sind die psychischen Erkrankungen auch bei Migranten eine Diagnosegruppe, welche zunehmend an Bedeutung gewinnt. Der prozentuale Anteil psychisch Erkrankter in der Bevölkerung hat in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen. Aktuellen Schätzungen zufolge leiden etwa 30% aller Erwachsenen in Deutschland im Laufe eines Jahres unter einer psychischen Erkrankung (Jacobi, Hoyer & Wittchen, 2004; Wittchen & Jacobi, 2005), und psychische Erkrankungen sind vor allem in der Alterskohorte der 34- bis 44-Jährigen die Hauptursache für Arbeitsunfähigkeit (Jacobi et al., 2004; Wittchen & Jacobi, 2005). Auch wenn es in der Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Deutschen und Migranten keine nennenswerten Unterschiede zu geben scheint (Glaesmer et al., 2009), so kann sich doch die Form der Erkrankung bei Migranten von der deutscher Patienten deutlich unterscheiden. Die kulturellen und persönlichen Erklärungsmodelle der Patienten bestimmen die Wahrnehmung der Symptome, deren Nennung, die eigenen Erklärungen zur Entstehung und den Ursachen der Krankheit und das angewandte Hilfesuchverhalten (Göbber, Gündel, Henniger, Machleidt & Kimil, 2008; Kleinman, 1980; Yagdiran, Kleinemeier & Haasen, 2003). Menschen in verschiedenen kulturellen Kontexten erklären sich „körperliche“ und „seelische“ Erkrankungen auf der Basis ihrer jeweiligen Weltbilder. Die zur Beschreibung der Krankheitsbilder verwendeten Begriffe können im speziellen kulturellen Kontext eine individuelle Bedeutung annehmen (Heinz & Kluge, 2011).

Migranten fallen in der Gruppe der psychisch Erkrankten vor allem durch das Leiden unter somatoformen Beschwerden auf. Die Somatisierungsneigung als klinisch nicht im Vordergrund stehendes Störungsbild, sondern als Begleitsymptom bei psychischen Störungen, tritt bei Migranten ebenfalls häufiger auf (Diefenbacher & Heim, 1994). Die oftmals abweichenden Erklärungsmodelle der Patienten mit Migrationshintergrund spielen auch eine wichtige Rolle für den Behandlungsverlauf (Kirmayer & Sartorius, 2007;

Kleinman, 1980). Weiter zeigt sich, dass erfolgreich integrierte Migranten besser informiert und gegenüber einer Psychotherapie positiver eingestellt sind. Dies verdeutlicht den großen Bedarf an interkultureller Aufklärungsarbeit über psychotherapeutische Behandlungsangebote (Calliess, Schmid-Ott, Akguel, Jäger & Ziegenbein, 2007). Die Symptompräsentation wird jedoch nicht nur vom kulturellen Hintergrund geprägt. Hausotter und Schouler-Ocak (2007) weisen darauf hin, dass eine körpernahe Symptompräsentation nicht migrations-, sondern schichtspezifisch ist.

1.4 Psychotherapeutische Behandlung psychischer Erkrankungen bei Migranten

In der Literatur gibt es widersprüchliche Ergebnisse dahingehend, in welchem Ausmaß sich die Unterschiede in den Behandlungserfolgen bei Migranten und Deutschen durch kulturunabhängige Faktoren erklären lassen. Hier ist besonders die Schichtzugehörigkeit von Interesse. Merbach, Wittig und Brähler (2008) fanden heraus, dass die Wahrscheinlichkeit für einen schlechten Gesundheitszustand bei Migranten sinkt, wenn Bildung und sozioökonomischer Status berücksichtigt werden. Brause, Reutin, Razum und Schott (2012) berichten, dass der (türkische) Migrationshintergrund auch adjustiert für weitere Faktoren, darunter der Beruf, ein signifikanter negativer Einflussfaktor auf das psychosomatische Rehabilitationsergebnis ist. Dahingegen konnten Kobelt et al. (2013, Anhang B) zeigen, dass die Behandlungsergebnisse in der psychosomatischen Rehabilitation stärker von der Schichtzugehörigkeit, als vom Migrationshintergrund abhängig waren. Hierbei war die Zugehörigkeit zur Unterschicht im Vergleich zur Mittel- oder Oberschicht ein negativer Einflussfaktor bezüglich des psychosomatischen Rehabilitationsergebnisses. Die Autoren gehen auf diesen gefundenen Widerspruch ein und erklären ihn damit, dass in der Studie von Brause et al. (2012) die sozioökonomischen Faktoren alleine durch den Beruf nicht zufriedenstellend operationalisiert wurden. Auch das Behandlungsergebnis wurde allein durch den Rehaentlassungsbericht operationalisiert, wodurch die Kategorie nicht befriedigend operationalisiert wurde (Kobelt et al., 2013, Anhang B).

Die im weiteren Sinne psychotherapeutische Versorgung von psychisch erkrankten Personen gliedert sich in der Bundesrepublik in mehrere Bereiche. Hierzu gehören die stationären und ambulanten Angebote der Akutversorgung, sowohl psychiatrischer, als auch psychotherapeutischer Natur, ebenso wie soziotherapeutische Angebote. Ein spezieller Bereich der psychotherapeutischen Versorgung psychischer Erkrankungen im

deutschen Versorgungssystem ist die psychosomatische Rehabilitation. Die vorliegende Arbeit konzentriert sich auf die Versorgung psychischer Erkrankungen im Rahmen der psychosomatischen Rehabilitation.

In der psychosomatischen Rehabilitation zählen die oftmals psychotherapeutisch nicht vorbehandelten Migranten nicht nur wegen Sprachbarrieren, sondern auch wegen ihrer sozioökonomischen Voraussetzungen, ihres beruflichen Status und wegen überproportional häufig vorhandener Rentenwünsche zu den sozialmedizinisch problematischen Patienten (Göbber et al., 2010, Anhang C; Mösko, Schneider, Koch & Schulz, 2008; Rodewig, 2000; Schmeling-Kludas, Fröschlin & Boll-Klatt, 2003). Ein großer Anteil der in Deutschland lebenden Migranten ist durch einen niedrigen beruflichen Status, geringe materielle Ressourcen, unsichere Arbeitsplätze mit geringem sozialem Ansehen und durch schlechte Wohnverhältnisse charakterisiert (Razum et al., 2008). Unabhängig von der Nationalität beziehungsweise vom Migrationsstatus ist ein schlechter sozioökonomischer Status (Zugehörigkeit zur Unterschicht, Arbeitslosigkeit, ärmliche Wohnverhältnisse) mit einer erhöhten Inzidenz für Depressionen assoziiert (Lorant et al., 2007). Hinzu kommt, dass sich der für die psychische Belastung häufig mitverantwortliche Akkulturationsstress mit der Aufenthaltsdauer nicht verringert (Haasen et al., 2007). Es gibt gleichwohl Hinweise darauf, dass Migranten, die einen höheren sozioökonomischen Status besitzen oder sich der deutschen Kultur öffnen, Gesundheitsangebote häufiger nutzen und auch einer psychotherapeutischen Behandlung aufgeschlossener gegenüberstehen (Calliess et al., 2007). Zur Gruppe der „schwierigen Patienten“ in der psychosomatischen Rehabilitation gehören neben den Migranten zum Beispiel auch Arbeitslose, Erwerbsgeminderte, Patienten mit somatoformen oder Persönlichkeitsstörungen und auch Langzeiterkrankte und Rentenantragsteller (Enge, Kulick & Florian, 2006; Gönner, Bischoff & Limbacher, 2008; Koch & Schulz, 2008; Mösko et al., 2008; Pfeiffer, Göbber, Winkler, Kobelt & Petermann, 2010; Steffanowski, Löschmann, Schmidt, Wittmann & Nübling, 2007). Die Bedeutung des Migrationshintergrundes undifferenziert und verallgemeinernd als Prädiktor für ein negatives Rehabilitationsergebnis über die der anderen bekannten Faktoren zu erheben ist daher unzulässig. Bei den Patienten mit Migrationshintergrund lassen sich jedoch mehr Hemmfaktoren im Sinne der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) finden (Machleidt, 2006).

1.5 Erwerbsminderung bei Migranten mit psychischen Erkrankungen

Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Migrationshintergrund lassen sich nicht nur mit Blick auf die Behandlungsergebnisse einer psychosomatischen Rehabilitation finden, sondern auch bei der Antragsstellung auf Erwerbsminderungsrenten. Während in Deutschland der Anteil anderer Erkrankungen als Begründung für einen Berentungsantrag wegen voller Erwerbsminderung kontinuierlich zurückgeht, ist die diesbezügliche Bedeutung psychischer Erkrankungen gleichbleibend hoch. Im Jahr 2007 lag der Anteil der wegen psychischer Störungen bewilligten Erwerbsminderungsrenten bundesweit bei 31,7%. Deutsche und Migranten unterscheiden sich hier signifikant voneinander: Bei 33,9% der Versicherten mit Migrationshintergrund sind psychische Störungen der Grund für eine Frühberentung. Bei deutschen Versicherten liegt dieser Anteil bei 28,7%. Diese Unterschiede sowie auch die schlechteren Rehabilitationsergebnisse bei Patienten mit Migrationshintergrund zeigen einen deutlichen diesbezüglichen Reformbedarf im Bereich der psychosomatischen Rehabilitation (Göbber et al., 2010, Anhang C; Höhne & Schubert, 2007).

2. Behandlungsergebnisse bei Migranten in der psychosomatischen Rehabilitation

Obwohl die psychosoziale Belastung bei Antritt einer Rehabilitationsbehandlung bei Migranten höher ist, werden relevante Behandlungserfolge seltener erzielt (Göbber et al., 2010, Anhang C; Nickel et al., 2006; Schenk et al., 2006; Schmeling-Kludas et al., 2003). Die vermuteten Ursachen hierfür sind abweichende Erklärungsmodelle (Kirmayer & Sartorius, 2007; Koch & Petermann, 2011; Yagdiran et al., 2003), ein geringeres Wissen um die psychische und soziale Mitbedingtheit von Erkrankungen, Sprachschwierigkeiten sowie kulturelle Unterschiede und die damit verbundenen unterschiedlichen Lebensformen (Brähler, Petermann & Rief, 2010). Es werden aber auch eine stärkere Ausgangsbelastung der Patienten mit Migrationshintergrund und eine ungünstigere Ausgangssituation hinsichtlich einiger soziodemografischer Variablen als mögliche negative Einflussfaktoren diskutiert (Möske, Pradel & Schulz, 2011). Angehörige der Unterschicht profitieren kulturunabhängig schlechter von psychosomatischen Therapiekonzepten und weisen eine erhöhte Morbidität auf (Deck, 2008; Steffanowski et al., 2007). Zudem zeigen sich im klinischen Bild bei den Patienten mit Migrationshintergrund höhere Somatisierungswerte (Göbber et al., 2010, Anhang C; Kobelt et al., 2013, Anhang B; Möske et al., 2011). Patienten mit somatoformen Störungsbildern gehören kulturübergreifend zu den „schwierigen“ Patientengruppen in der psychosomatischen Behandlung (Kobelt, Lieverscheidt, Grosch & Petermann, 2010; Lange & Petermann, 2010; Steffanowski et al., 2007).

Göbber et al. (2010, Anhang C) beobachteten in ihrer Untersuchung ebenfalls seltener einen verbesserten selbst- und fremdeingeschätzten Entlassungsstatus bei türkischen Patienten und führen als eine mögliche Ursache den höheren Rentenwunsch bei den Patienten mit Migrationshintergrund an. Die bei einem Rentenwunsch deutlich geschwächte Veränderungs- und Therapiemotivation, gerade bei einer durch den Rentenversicherungsträger finanzierten Rehabilitationsmaßnahme, sollte zur Erklärung der geringeren Behandlungserfolge mit herangezogen werden (Göbber et al., 2010, Anhang C). Auch in der psychosomatischen Nachsorge nach stationärer Rehabilitation haben das Ausbildungsniveau der teilnehmenden Patienten und der sozioökonomische Status einen Einfluss auf das Behandlungsergebnis. Bezüglich der Frage, welchen Einfluss der

sozioökonomische Status vs. der Migrationshintergrund auf das Behandlungsergebnis hat, gibt es kontroverse Ansichten. So weisen beispielsweise Richter und Hurrelmann (2009) darauf hin, dass Personen mit niedriger Bildung, geringem Einkommen und niedriger beruflicher Stellung generell schlechter von der medizinischen Versorgung profitieren. Hingegen kommen Brause et al. (2012) zu dem Schluss, dass der Migrationshintergrund unabhängig vom sozioökonomischen Status ein negativer Prädiktor für das Behandlungsergebnis in der psychosomatischen Rehabilitation ist. Kobelt et al. (2013, Anhang B) gingen vor dem Hintergrund dieses Widerspruches der Frage nach dem kombinierten Einfluss von Schichtmerkmalen und Migrationshintergrund auf das Behandlungsergebnis in der psychosomatischen Rehabilitation nach. In der Untersuchung wurden die Patienten mit Hilfe eines Fragebogens im Rahmen der Routinediagnostik zu ihrem Gesundheitszustand, ihren beruflichen Problemen und ihrem kulturellen Hintergrund befragt. Migranten und Deutsche unterschieden sich nicht im Alter, in der Geschlechterverteilung, der Schichtzugehörigkeit, der Behandlungsdauer und der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit. Die Migranten waren zum Beginn der Behandlung jedoch schon länger arbeitsunfähig. Die Autoren verwandten zur Beurteilung des Behandlungserfolges den Health49 (Rabung et al., 2009). Hier zeigte sich bei den Migranten ein signifikant höherer Ausgangswert auf der Skala „Somatoforme Beschwerden“. Die Autoren berichten zudem über kleine bis mittlere Effekte in der Veränderungsmessung auf Skalenebene, allerdings ließen sich keine Unterschiede in den Varianzen der Mittelwertsdifferenzen zwischen Patienten mit und ohne Migrationshintergrund finden (Kobelt et al., 2013, Anhang B). Gruppenunterschiede in den Veränderungen durch die psychosomatische Rehabilitation zeigten sich nur in der Skala „Selbstwirksamkeitserleben“ und dem globalen Maß zum psychischen Wohlbefinden. In beiden Bereichen konnten sich die Migranten nicht in dem gleichen Ausmaß verbessern, wie die deutschen Patienten. Hier weisen die Autoren darauf hin, dass sich die gefundenen Unterschiede in der Veränderung in der Skala „Selbstwirksamkeit“ zwischen Migranten und Deutschen möglicherweise durch eine passivere Behandlungserwartung bei den Patienten mit Migrationshintergrund erklären lässt. Externale Krankheitstheorien können bei Patienten mit Migrationshintergrund dazu führen, dass das Gefühl der Eigenverantwortung, Selbstwirksamkeit und Überzeugung der eigenen Einflussmöglichkeiten auf die Gesundheit herabgesetzt wird und eine passive

Behandlungserwartung entsteht, im Zuge derer die Verantwortung für die Krankheit auf die Behandler übertragen wird (Erim & Glier, 2011). Hingegen ließen sich für alle Skalen des Health49 mit Ausnahme der Skala „Selbstwirksamkeit“ Unterschiede zwischen Rehabilitanden der sozialen Unterschicht und Rehabilitanden aus der Mittel-/Oberschicht nachweisen. Einen Interaktionseffekt zwischen dem Ausmaß der Veränderung, der Schichtzugehörigkeit und dem Migrationshintergrund konnten die Autoren nicht nachweisen (Kobelt et al., 2013, Anhang B). Die Widersprüche zu anderen Studien, insbesondere zu der jüngst veröffentlichten Studie von Brause et al. (2012), erklären die Autoren so, dass Brause et al. in ihrer Untersuchung lediglich türkischstämmige Migranten aufgenommen hatten, die sie über einen Namensalgorithmus identifiziert hatten. Weiter basierte diese Untersuchung auf Routinedaten, welche dem Rehaentlassungsbericht entnehmbar waren. Damit wurden weder die Schichtzugehörigkeit noch das Behandlungsergebnis zufriedenstellend operationalisiert. Letzteres basierte allein auf der wenig validen Kategorie im Rehaentlassungsbericht, nicht jedoch auf zusätzlicher Testdiagnostik oder einer direkten Veränderungsmessung. Der gefundene Widerspruch zwischen den Studien von Kobelt et al. (2013, Anhang B) und Brause et al. (2012) klärt sich somit durch die abweichende Methodik der Stichprobenziehung und unterschiedliche Datengrundlagen zur Definition des Migrationshintergrundes und des Behandlungsergebnisses auf. Die Ergebnisse der Studie von Kobelt et al. (2013, Anhang B), welche besagen, dass die Veränderungen auf Skalenebene mehr vom Schichtunterschieden als vom Migrationshintergrund abhängig waren, weisen darauf hin, dass sozioökonomischen Faktoren eine wichtige Rolle bei der Wirksamkeit der psychosomatischen Rehabilitation zukommt. Dies gilt kulturübergreifend, wie die fehlende Interaktion zwischen Schichtzugehörigkeit und Migrationshintergrund deutlich macht. Auch wenn interkulturelle Offenheit in der Rehabilitation zweifelsohne wichtig ist, müssen jedoch auch weitere wichtige Persönlichkeits- und Umweltfaktoren, welche den sozioökonomischen Status der Patienten beeinflussen, berücksichtigt werden (Kobelt et al., 2013, Anhang B).

3. Der Migrationshintergrund aus Sichtweise des ICF – Hemm- oder Förderfaktor?

Sowohl der Migrationshintergrund, als auch sozioökonomische Faktoren, wie die Schichtzugehörigkeit, lassen sich als Hemm- oder auch Förderfaktoren im Sinne des ICF bezeichnen (WHO, 2002). In den letzten Jahren fand auch in der psychosomatischen Rehabilitation eine stärkere Orientierung auf Krankheitsfolgen im Sinne des ICF-Modells statt (Lange & Petermann, 2010; Petermann & Koch, 2009). Das ICF-Modell der WHO wird heute als zentrales Krankheitsmodell für die Rehabilitation angesehen (WHO, 2002). Es beinhaltet, dass die Funktionsfähigkeit («Functioning») die Faktoren Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und die Teilhabe umfasst. Diese werden nicht nur durch die Krankheit selbst, sondern auch durch Kontextfaktoren beeinflusst, wobei unter Kontextfaktoren sowohl Umweltfaktoren, als auch personenbezogene Faktoren zusammengefasst werden. In der Studie von Kobelt et al. (2013, Anhang B) konnte gezeigt werden, dass den sozioökonomischen Faktoren bei der Prognose des Rehabilitationsergebnisses eine größere Bedeutung zukommt als dem Migrationshintergrund. Viele andere Studien sprechen jedoch vom Migrationshintergrund als negativem Einflussfaktor für das Behandlungsergebnis (Brause et al., 2012; Göbber et al., 2010, Anhang C; Nickel et al., 2006; Schenk et al., 2006; Schmeling-Kludas et al., 2003). Es stellt sich daher die Frage, ob es bei Migranten zu einer Verdichtung von Hemmfaktoren kommt, welche möglicherweise unabhängig vom Faktor „Kulturzugehörigkeit“ zur Erklärung der schlechteren Rehabilitationsergebnisse herangezogen werden können. Gleichzeitig stellt sich auch die Frage, welche Förderfaktoren im Sinne des ICF bei Migranten möglicherweise vorliegen und ausgleichend wirken und so im Sinne einer Ressourcenorientierung beachtet werden könnten. Das ICF-Modell ist im Gegensatz zu seinem Vorgänger, dem ICIDH, neutral formuliert, das heißt, dass die Kontextfaktoren sowohl Barrieren, aber auch Förderfaktoren darstellen können. Göbber et al. (2010, Anhang C) gehen daher am Beispiel türkischer Patienten der Frage nach, welche Unterschiede sich im Sinne der Kontextfaktoren zwischen türkischen und deutschen Patienten zeigen. Die Gruppe der türkischstämmigen Migranten stellt mit 19,8% der ausländischen oder eingebürgerten Zuwanderer die größte Migrantengruppe dar. Zudem lohnt sich eine genauere Betrachtung dieser Subpopulation,

da es sich bei den türkischstämmigen Migranten um eine Gruppe handelt, deren kulturellen, sozialen, ökonomischen und gesundheitsbezogenen Merkmale Unterschiede zur deutschstämmigen Population zeigen und damit Fragen der optimalen rehabilitativen Versorgung aufwerfen (Göbber et al., 2010, Anhang C). In der Untersuchung wurden mittels Fremdeinschätzung unter anderem migrationsbezogene Angaben (Geburtsland, Herkunftskultur, Sprachkenntnisse, Aufenthaltsdauer), Ausbildung, erwerbsbezogene Angaben, Behandlungserwartung, Behandlungsdauer, Entlassungsstatus, Leistungsbild und die Hauptdiagnosen erfasst.

Förderfaktoren:

Es zeigte sich, dass die türkischen Patienten häufiger als die deutschen Patienten verheiratet waren und auch häufiger im Familienverbund lebten. Ob die familiäre Einbindung wirklich als Förderfaktor im Sinne sozialer Unterstützung oder möglicherweise auch als Hemmfaktor angesehen werden muss, weil sich beispielsweise gegen ein hemmendes Umfeld abgegrenzt werden muss, kann auf Basis der vorliegenden Daten nicht abschließend beurteilt werden (Göbber et al., 2010, Anhang C).

Hemmfaktoren:

Die Patienten mit türkischem Migrationshintergrund verfügten über eine geringere Schulbildung. Sie waren außerdem häufiger langzeitarbeitslos und waren bei Antritt der Rehabilitationsbehandlung auch häufiger arbeitsunfähig. Die türkischen Patienten wiesen zudem häufiger eine somatoforme Diagnose auf und sie zeigten eine höhere Rentenorientierung (Göbber et al., 2010, Anhang C).

Es zeigten sich damit deutliche Unterschiede bezogen auf diverse Kontextfaktoren zwischen deutschen und türkischen Patienten. Mehrheitlich lassen sich diese Kontextfaktoren bei den türkischen Patienten als Hemmfaktoren klassifizieren. Lediglich die stärkere familiäre Einbindung gemessen an der Lebensform kann als Förderfaktor interpretiert werden, wenn auch nicht ganz eindeutig. So kann der familiäre Hintergrund sowohl Unterstützung und Rückhalt, aber auch gerade in patriarchalischen Gesellschaften Einengung bedeuten.

Die hier erhobenen Faktoren stellen eine Auswahl möglicher die Behandlung beeinflussender Faktoren dar. Hierbei ist der Einfluss weiterer expliziter und impliziter Einflussfaktoren nicht ausgeschlossen.

Bei lediglich 15% der Patienten gab es nach Einschätzung der behandelnden Ärzte Übersetzungsbedarf in der Psychotherapie. Somit ist dem Hemmfaktor „Sprachschwierigkeiten“ eine geringere Bedeutung zuzuschreiben, als oftmals beschrieben wird (Göbber et al., 2010, Anhang C). Es ist davon auszugehen, dass vielmehr von den Behandlern geäußerte Verständnisschwierigkeiten Ausdruck von Unsicherheit im Umgang mit Patienten mit Migrationshintergrund sind, die aber mehr sind als die Schwierigkeit, „eine Sprache zu finden“. Vielmehr kann es als die Sprachlosigkeit betrachtet werden, die beim Aufeinandertreffen verschiedener Kulturen entstehen kann, wenn es schwer fällt, eine gemeinsame Ebene, einen Ort der Gemeinsamkeiten und damit der Begegnung, zu finden.

4. **Beschwerdvalidität**

Die Erfahrung schwieriger Behandlungs- und Rehabilitationsverläufe sowie höherer Berentungszahlen aufgrund von vorzeitiger Erwerbsunfähigkeit lassen oftmals auch die Frage nach der Validität der Beschwerden aufkommen. Gerade bei der Darbietung kulturell nicht erwarteter Beschwerden (Göbber, Machleidt & Gündel, 2011; Kirmayer & Sartorius, 2007) liegt so der, wenn auch nicht offen formulierte, Verdacht nahe, es könnten negative Antwortverzerrungen im Sinne einer Aggravation oder Simulation vorliegen (Göbber, Petermann, Piegza, et al., 2012, Anhang D). Göbber, Petermann, Piegza, et al. (2012, Anhang D) berichten über diese Problematik und merken an, dass der Verdacht der negativen Antwortverzerrung jedoch nur selten explizit formuliert wird. Gerade deshalb sei jedoch die Überprüfung dieses Verdachts notwendig, um mögliche Stigmatisierungen zu verhindern (Göbber, Petermann, Piegza, et al., 2012, Anhang D). Gleichzeitig sollte eine zuverlässige Validierung der dargebotenen Beschwerden Grundlage jeder Versorgungsoptimierung sein. Die Beschwerdvalidierung stellt jedoch speziell in der Psychosomatik eine Herausforderung dar, da Beschwerdvalidierungstests bislang nicht ausreichend zur Verfügung stehen (Heubrock & Petermann, 1998). Stevens, Friedel, Mehren und Merten (2008) berichten, dass bis zu 50% der zu Begutachtenden in einem Begutachtungsinstitut eine relevante Aggravationstendenz aufweisen. In Studien werden zumeist die Leistungsmotivation und die Leistungsbereitschaft untersucht, z.B. im Bereich der kognitiven Funktionen und der forensischen Psychologie. Die Validität der Symptomdarstellungen im klinischen Bereich wurde jedoch kaum untersucht (Göbber, Petermann, Piegza, et al., 2012, Anhang D). In der Untersuchung der Validität dargebotener Beschwerden und Leistungsbeeinträchtigungen kann die Aussagekraft der Ergebnisse durch fähigkeitsbezogene Fremd(beobachter)verfahren und gerätegesteuerte Diagnostik erhöht werden, diese sind jedoch mit einem höheren Aufwand verbunden (Göbber, Petermann, Piegza, et al., 2012, Anhang D; Isernhagen, Hart & Matheson, 1999; Kaiser, Kersting & Schian, 2000). Auch interne und externe Belastungserprobungen bieten eine Möglichkeit, Fähigkeits- und Partizipationsstörungen zu messen und sind damit objektivier- und validierbarer als psychische Beschwerden. Besonders im Bereich der psychosomatischen Erkrankungen ist die Validität der Beschwerden schwer zu beurteilen, da die Spannbreite erwarteter Symptome groß und noch größer die Vielfalt der

wahrgenommenen Beschwerden der Betroffenen ist (Göbber, Petermann, Piegza, et al., 2012, Anhang D). Daher bieten sich nach Schneider et al. (2011) psychosomatische Erkrankungen aufgrund der „Weichheit“ der Symptome als Begründung für ein Rentenbegehren in besonderer Weise an. Simulation ist dabei von einer Verdeutlichungstendenz abzugrenzen. Bei der Simulation handelt es sich um eine absichtliche, reflektierte und zweckvolle Vortäuschung von nicht-vorhandenen Symptomen, bzw. im Falle der Aggravation um Übertreibung und Ausweitung von vorhandenen Beschwerden, zur Erreichung eines bestimmten Zieles. Davon ist die Verdeutlichungstendenz abzugrenzen, welche nicht absichtlich, reflektiert und zweckvoll ist (Blaskewitz & Merten, 2007; Merten, 2008; Muschalla & Linden, 2011). Die Bedeutung neuropsychologischer Testdiagnostik für die Identifikation invalider Symptomdarstellungen bei psychischen Erkrankungen wird aktuell kontrovers diskutiert (Dohrenbusch, Hennigsen & Merten, 2011; Noeker & Petermann, 2011). Das „Structured Inventory of Malingered Symptomatology“ (Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome – SFSS), welches in der Untersuchung von Göbber, Petermann, Piegza, et al. (2012, Anhang D) verwendet wurde, stellt eine leicht handhabbare Screeningmethode zur Erfassung von Simulation dar und eignet sich, um negative Antwortverzerrungen bei der Beschwerdenschilderung zu erkennen (Cima et al., 2003; Smith & Burger, 1997; Stevens, Fabra & Merten, 2009). Die Autoren untersuchten an einer Stichprobe von Versicherten der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, deren Antrag auf eine medizinisch-psychosomatische Rehabilitation bewilligt worden war, ob es Unterschiede im Auftreten invalider Symptomdarstellungen bei Patienten mit und ohne Migrationshintergrund gibt. Neben dem SFSS kam die L-Skala des Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) zum Einsatz (Göbber, Petermann, Piegza, et al., 2012, Anhang D). Im SFSS werden zur Erkennung von Anzeichen auf Simulation oder Aggravation verschiedene Frage- und Aussagetypen eingesetzt. Dabei beziehen sich einige Fragen auf ein bestimmtes Syndrom, wobei aber nur ein Experte erkennen kann, ob atypische Symptome aufgeführt sind. Andere Fragen beziehen sich auf unrealistische Symptome oder haben bizarre Inhalte. Es werden die Antworten zusammengezählt, die auf eine Simulation hindeuten (Cima et al., 2003; Dohrenbusch & Merten, 2010; Heubrock & Petermann, 1998; Merten, 2008). Die L-Skala des MMPI-2 ist eine von vier Validitätsskalen des Inventars. Zur Interpretation auffälliger Werte auf der L-Skala liegen

diverse Studien vor. Auch wenn diese zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen, ob sich manipulatives Verhalten auf der L-Skala in einem erhöhten oder besonders niedrigen Wert widerspiegelt, lässt sich aus den Untersuchungen der Schluss ziehen, dass generell ein auffälliger Wert auf der L-Skala einen Hinweis auf ein manipulatives Verhalten liefert (Cassisi & Workmann, 1992; Exner, McDowell, Pabst, Stackmann & Kirk, 1963; Göbber, Petermann, Piegza, et al., 2012, Anhang D; Heitmann-von-Franqué, 2006; Wetter, Baer, Berry, Robinson & Sumpter, 1993).

Die Autoren setzten zudem zur Erfassung der klinischen Belastung den HEALTH-49 ein und bestimmten die subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit (Göbber, Petermann, Piegza, et al., 2012, Anhang D; Mittag & Raspe, 2003; Rabung et al., 2009). Der eingesetzte Fragebogen lag in einer deutschen und einer türkischen Version vor.

In der Untersuchung zeigte sich, dass bei Migranten signifikant häufiger ein auffälliger Wert im SFSS auftrat (Vergleiche Tabelle 4.1). Ebenso zeigten die Migranten häufiger einen auffälligen Wert auf der L-Skala des MMPI. Keine Unterschiede zwischen Migranten und Deutschen konnten bezogen auf die subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit gefunden werden. Gleichzeitig zu den Unterschieden in den Validitätsinstrumenten fanden die Autoren bei den Migranten auch höhere Werte in allen klinischen Skalen des Health49.

Tabelle 4.1: Ergebnis des SFSS bei Deutschen und Migranten (Göbber et al., 2012, Anhang D)

| SFSS-Wert | Deutsche N=457 | Migranten N=134 | p |
|-------------|----------------|-----------------|---------------------------------|
| auffällig | 33,0% | 50,0% | $\chi^2=13,081$; df=1; p<0,001 |
| unauffällig | 67,0% | 50,0% | |

Zwischen der L-Skala des MMPI-2 und dem SFSS ließ sich ein moderater Zusammenhang nachweisen, ebenso wie zwischen der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit und dem SFSS. Lediglich zwischen dem SFSS und dem Health49-Score zeigte sich ein höherer Zusammenhang (Göbber, Petermann, Piegza, et al., 2012, Anhang D; Kobelt, Göbber, Bassler & Peterman, 2012). Der Health49-Score (psychische und somatoforme Beschwerden) erreichte in der logistischen Regression als einziger Faktor ein Signifikanzniveau unter 5% (Göbber, Petermann, Piegza, et al., 2012, Anhang D; Kobelt et al., 2012). Die Rate der auffälligen Werte im SFSS war bei den Migranten ebenso wie bei

den Deutschen höher als in anderen Studien berichtet (Dandachi-FitzGerald, Ponds, Peters & Merckelbach, 2011). Dies begründen die Autoren mit dem Umstand, dass sich die Probanden vor Bewilligung einer Rehabilitationsmaßnahme befanden und damit mit einem erhöhten Anteil von aggravierendem Antwortverhalten zu rechnen gewesen sei (Göbber, Petermann, Piegza, et al., 2012, Anhang D; Kobelt et al., 2012). Dennoch zeigte sich bei den Migranten ein deutlich höherer Anteil invalider Antwortmuster als bei deutschen Versicherten. Die Versicherten mit Migrationshintergrund zeigten jedoch auch eine höhere klinische Belastung. Ebenso zeigte sich ein mittelstarker Zusammenhang zwischen der klinischen Belastung gemessen mit dem Health49 und invaliden Antwortmustern im SFSS (Göbber, Petermann, Piegza, et al., 2012, Anhang D). Damit konnten die Autoren einen bereits von Dandachi-FitzGerald et al. (2011) gefundenen Zusammenhang zwischen klinischer Belastung und auffälligen Werten im SFSS replizieren. Dieser Zusammenhang wird in der Untersuchung von Göbber, Petermann, Piegza, et al. (2012, Anhang D) auch durch die Ergebnisse der logistischen Regression untermauert. Die klinische Belastung ist hier der Faktor mit dem höchsten Odds-Ratio und der einzige signifikante Faktor. Obwohl durch den hohen Unterschied an auffälligen Ergebnissen zwischen Migranten und Deutschen im SFSS der Schluss nahe läge, den Migrationshintergrund als Kausalfaktor heranzuziehen, wird dies bei genauerer Untersuchung und Einbezug weiterer Faktoren nicht bestätigt (Göbber, Petermann, Piegza, et al., 2012, Anhang D).

Eine mit den vorliegenden Daten nicht abschließend zu beantwortende Frage bleibt die nach den Ursachen für den hohen Zusammenhang zwischen klinischer Belastung und auffälligem Wert im SFSS. Hier ist eine Beeinflussung sowohl des Health49, als auch des SFSS durch aggravierende oder simulierende Tendenzen denkbar. Weiter können die Ergebnisse aber auch im Sinne einer appellativen Verdeutlichungstendenz interpretiert werden. Denn neben Simulation und Aggravation kommt es auch vor, dass Beschwerden lediglich verdeutlicht werden, damit der Begutachtende und Behandelnde die Beschwerden ernst nimmt (Kobelt et al., 2012; Svennson, Karlsson & Alexanderson, 2003). Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass sich die Ursachen für die vorliegenden invaliden Symptomdarstellungen auf Basis der vorliegenden Daten nicht abschließend beurteilen lassen, dass aufgrund der hohen Prävalenzen invalider Symptomdarstellungen jedoch in jedem Falle weitere Studien unter dem Einsatz weiterer Beschwerdevalidierungsverfahren notwendig sind.

5. Bedarfsanalyse bei niedergelassenen Haus- und Fachärzten in Hannover

Die bisher besprochenen Ergebnisse stellen eine deutliche Misslage in der Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund dar. Die Ursachenforschung und Weiterentwicklung der Angebote erfolgen oftmals fern von den Betroffenen selbst. Eine Brücke zwischen den Patienten und den Versorgungssystemen stellen die niedergelassenen Ärzte da, welche für die Patienten zumeist der erste Ansprechpartner sind, noch lange bevor weitere Schritte der Versorgung eingeleitet werden. Der Weg in die psychosomatische Rehabilitation verläuft sowohl für Deutsche, als auch für Migranten über den behandelnden Arzt. In der Regel handelt es sich um Hausärzte (Fachärzte für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin), Psychiater oder psychotherapeutisch tätige Ärzte, welche eine psychosomatische Rehabilitation anregen oder den Patienten in der Antragstellung begleiten. Auch die psychologischen Psychotherapeuten können hier eine Rolle spielen. Die behandelnden Ärzte und Therapeuten kennen den Patienten oftmals schon über einen langen Zeitraum und haben so einen Einblick in seine Bedürfnisse und Motivationslage. Die Einschätzung der niedergelassenen Ärzte kann daher wertvolle Informationen liefern. Die Ergebnisse einer nichtveröffentlichen Befragung bei Haus- und Fachärzten im Gebiet Hannover sind im Folgenden dargestellt.

5.1 Fragestellung

Wie schätzen niedergelassene Ärzte den Kenntnisstand ihrer Patienten mit Migrationshintergrund bezüglich einer Rehabilitationsbehandlung und deren Inanspruchnahmeverhalten ein? Was meinen sie, was zu einer Verbesserung des Inanspruchnahmeverhaltens beitragen kann?

5.2 Methodik

Es wurden mit Hilfe eines selbstentwickelten Fragebogens alle in Hannover niedergelassenen Fachärzte für Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin, Allgemeinmedizin und innere Medizin sowie psychotherapeutisch tätige Ärzte und psychologische Psychotherapeuten befragt. Der Fragebogen wurde an 647 Ärzte und Therapeuten versandt. Die Rücksendung erfolgte anonym. In dem Fragebogen waren vier Fragen zu einem anderen Themenbereich

enthalten², die aber für die vorliegende Arbeit nicht ausgewertet wurden. Die Auswertung erfolgte rein deskriptiv.

5.3 Ergebnisse

Es nahmen 220 Ärzte und Therapeuten an der Befragung teil. Wie in Tabelle 3.1 ersichtlich, berichtet der größte Anteil der Ärzte über einen Anteil von Migranten von bis zu 20% bzw. bis zu 40%. Lediglich 7,7% der Ärzte gaben an, selber einen Migrationshintergrund zu haben. Die Fachgebiete verteilten sich wie folgt³: 52,7% hausärztlich/internistisch, 15,5% psychiatrisch/neurologisch, 33,7% weitere Fachrichtungen.

Tabelle 5.1: Anteil der Patienten mit Migrationshintergrund in der Praxis

| Anteil Migranten in der Praxis | Prozent der Ärzte mit dem jeweiligen Anteil |
|--------------------------------|---|
| 0-20% | 70,5% |
| 21-40% | 18,6% |
| 41-60% | 5,5% |
| 61-80% | 2,7% |
| 81-100% | 0,9% |

Den Kenntnisstand ihrer Patienten mit Migrationshintergrund bezüglich der Angebote der Rentenversicherung (medizinische Rehabilitationsmaßnahmen, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) schätzen über die Hälfte der befragten Ärzte gering oder sehr gering ein (vgl. Tabelle 5.2).

Tabelle 5.2: Kenntnisstand der Patienten mit Migrationshintergrund bezüglich Angeboten der Rentenversicherung

| Kenntnisstand der Patienten mit Migrationshintergrund | Anteil |
|---|--------|
| Sehr gering | 26,4% |
| Gering | 47,3% |
| durchschnittlich | 15,9% |
| gut | 5,9% |
| Sehr gut | 1,4% |

² Bedarf an einer telefonischen Hotline für Haus- und Fachärzte zur Beantwortung rehabilitationsbezogener Fragestellungen.

³Mehrfachnennungen möglich

Als Inanspruchnahmebarrieren bei den Migranten nannten die Befragten⁴ vor allem eine fehlende Kenntnis der Angebote (69,1%) und Sprachbarrieren (64,5%), gefolgt von einem abweichenden Krankheitsverständnis (52,3%), Rentenorientierung (25,5%), einem fehlenden Arbeitsplatz (21,4%), einer geringen Erwerbsmotivation (15,9%) und anderen Gründen (11,4%). Als Wege zur Verbesserung der Inanspruchnahme der Angebote durch Patienten mit Migrationshintergrund nannten die befragten Ärzte kultursensible Angebote (58,2%) und den Einbezug wichtiger Schlüsselpersonen und Kulturmediatoren (52,7%) gefolgt von aktivem Informieren durch die Rentenversicherung beispielsweise durch Informationsveranstaltungen (40,0%) und sonstigen Maßnahmen (15,5%).

5.4 Diskussion und Bedeutung für das Gesamtprojekt

Aufgrund der Rücklaufquote von unter 50% ist die Einschränkung zu beachten, dass die Repräsentativität der Ergebnisse nicht mit Sicherheit angenommen werden kann. Auch liegen keine Vergleichsdaten vor, wie der Kenntnisstand und das Inanspruchnahmeverhalten von deutschen Patienten eingeschätzt werden. Dennoch sollen hier die Ergebnisse im Sinne der Fragen- und Lösungsgenerierung diskutiert werden.

Die Einschätzung der befragten Ärzte zeigt Interventionsbedarf bezüglich der Kenntnisse der Patienten. Die fehlende Kenntnis der Angebote wird auch als die häufigste Inanspruchnahmebarriere genannt. Auch in der Literatur wird über schlechtere Kenntnisse des Gesundheitssystems von Migranten berichtet (Kreps & Sparks, 2008; Walter, Salman, Krauth & Machleidt, 2007). Hieraus leitet sich die Notwendigkeit einer Verbesserung dieser Kenntnisse ab.

⁴Bei dieser Frage und der nachfolgenden Frage (Verbesserung der Inanspruchnahme) waren Mehrfachantworten möglich.

6. Förderung der Gesundheitskompetenz durch Informations- und Vorbereitungsgruppen

6.1 Health literacy

Health literacy wird ins Deutsche übersetzt mit Gesundheitskompetenz oder kritischer Gesundheitsbildung (Nutbeam, 1998, 2000; Walter et al., 2007). Sie bezeichnet einerseits die Lesefähigkeit eines Menschen, weiter jedoch auch seine Fähigkeiten, Gesundheitsinformationen zu verstehen und zu nutzen, angemessene Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen und adäquate Entscheidungen bezüglich des Erhalts und der Förderung seiner Gesundheit zu treffen. Damit ist die Gesundheitskompetenz ein entscheidender Baustein der gesundheitsbezogenen Kommunikation (Walter et al., 2007). Die Gesundheitskompetenz beinhaltet eine Reihe von individuellen Fähigkeiten, welche es der betreffenden Person erlauben, neue Informationen zu erhalten und zu verwerten. Diese Fähigkeiten sind relativ stabil über die Zeit, können sich jedoch durch Informations- und Weiterbildungsmaßnahmen verbessern. Andererseits bezeichnet die Gesundheitskompetenz die Fähigkeit, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden und dessen Möglichkeiten zu nutzen. Damit hängt die Gesundheitskompetenz sowohl von Merkmalen des Individuums, als auch von Merkmalen des Gesundheitssystems ab, womit es ein dynamischer Zustand ist (Baker, 2006).

Die Gesundheitskompetenz steht mit gesundheitsrelevanten Outcomes in Zusammenhang (Gazmararian et al., 1999; Hartung, 2011; Howard, Gazmararian & Parker, 2005; Rudd, Moeykens & Colton, 2000; Sudore et al., 2006; Wagner, Steptoe, Wolf & Wardle, 2009; Williams, Baker, Parker & Nurss, 1998; Wolf, Gazmararian & Baker, 2005). Eine schlechte Gesundheitskompetenz ist mit einem schlechteren Gesundheitszustand, einem schlechteren Wissen über Krankheitsprävention und -behandlung und schlechteren Behandlungsergebnissen verbunden. Sie hat einen höheren prädiktiven Wert als sozioökonomische Faktoren (Lee, Bender, Ruiz & Cho, 2006; Walter et al., 2007; Weiss, Francis, Senf, Heist & Hargraves, 2006). Weiter geht eine geringere Gesundheitskompetenz einher mit einer selteneren Inanspruchnahme von Vorsorgeangeboten, häufigeren stationären Aufenthalten und Notfallversorgung sowie einem schlechteren Umgang mit chronischen Krankheiten (Kripalani, Paasche-Orlow, Parker & Saha, 2006).

Besonders bei Migranten, älteren Personen und Personen mit geringem Einkommen ist der Anteil derjenigen, die über eine geringe Gesundheitskompetenz verfügen, hoch (Weiss et al., 2006). Ein geringer Bildungsgrad in Verbindung mit Sprachbarrieren kann bei Migranten die gesundheitliche Gefährdung erhöhen und den Zugang zur Gesundheitsversorgung erschweren (Lee et al., 2006). Die Patienten mit Migrationshintergrund sind oftmals verwirrt und falsch informiert bezüglich der Behandlungsmöglichkeiten (Institute-of-Medicine, 2002). Die vorhandenen Sprachbarrieren und die oftmals geringere Gesundheitskompetenz bei Migranten werden noch verstärkt durch kulturell-bedingte Zugangsbarrieren. Diese interkulturellen Kommunikationsbarrieren stellen eine Herausforderung dar, wenn es darum geht, Zugang zu relevanten Gesundheitsinformationen zu erhalten (Gazmararian, Williams, Peel & Baker, 2003; Kreps, 2005; Kreps & Sparks, 2008). Es gibt daher ein steigendes internationales Interesse an Patientenschulungen und Selbst-Management-Programmen, jedoch sind im Falle von Migranten kultursensible Interventionen notwendig, um diese Patientengruppe zu erreichen (Kreps & Sparks, 2008). Zur Selbstbestimmung und Selbstgestaltung der Gesundheit (Empowerment) ist eine gute Informiertheit von entscheidender Bedeutung (Walter et al., 2007). Daher benötigen diese Patientengruppen besonders dringend kultursensibel dargebotene Gesundheitsinformationen (Kreps & Kunitomo, 1994; Kreps & Sparks, 2008; Kreuter & McClure, 2004).

6.2 Health Literacy und psychosomatische Rehabilitation

Auch Patienten, die vor dem Antritt einer psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung stehen, sind oftmals nur unzureichend über den Inhalt dieser Behandlung und auch über die ergänzenden Unterstützungsmöglichkeiten informiert (Best et al., 2009; Bischoff, Gönner, Erhardt & Limbacher, 2005). Eine gute Informiertheit ist jedoch zentral für die Gesundheitskompetenz bzw. Health Literacy. Coulter und Ellins (2007) berichten, dass informationsvermittelnde Interventionen sich positiv auf Patientenwissen, den Nutzen von Gesundheitsdienstleistungen und das Gesundheitsverhalten sowie den Gesundheitsstatus auswirken. Informations- und Vorbereitungsgruppen setzen am Übergang aus der häuslichen Umgebung in die stationäre psychosomatische Rehabilitation an (Kobelt, Winkler & Petermann, 2011; Lange & Petermann, 2010). Eine Informations- und Vorbereitungsgruppe bietet die Möglichkeit, die Gesundheitskompetenz der Patienten

gezielt zu erhöhen. Da kultursensible Angebote notwendig sind, um auch Migranten zu erreichen (Gardemann, 2001; Kreps & Kunimoto, 1994; Kreps & Sparks, 2008; Kreuter & McClure, 2004; Machleidt, 2002; Walter et al., 2007), untersuchten Göbber, Petermann und Kobelt (2012, Anhang E) die Wirksamkeit einer kulturoffenen Vorbereitungsgruppe vor stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Die Autoren gingen dabei der Frage nach, ob sich mit Hilfe einer prästationären Informationsveranstaltung der subjektive Informationsstand und das Gesundheitswissen bezogen auf eine psychosomatische Rehabilitationsbehandlung und die Unterstützungsangebote der Deutschen Rentenversicherung verbessern lassen und ob die Teilnahme die Therapiemotivation beeinflusst. Es wurde zudem untersucht, ob Migranten und deutschstämmige Versicherte in gleichem Maße von der Intervention profitieren.

6.2.1 Inhaltliche Darstellung der prästationären Informationsveranstaltung

Es wurde eine prästationäre Informationsveranstaltung entwickelt, in der den Patienten in einem 45minütigen Vortrag und anhand eines kurzen Filmes Grundlagen zu folgenden Themen vermittelt wurden:

- Einführung in die Begrifflichkeit und das Konzept „Psychosomatik“
- Bedeutung von Arbeit
- Ziele und Inhalte der Rehabilitationsbehandlung (Reha vor Rente, Erhalt und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, Förderung der Teilhabe, Mitwirkungspflicht)
- das therapeutische Team
- Abgrenzung zur Krankenbehandlung
- Unterstützungsmöglichkeiten nach dem Rehaaufenthalt (Telefonische Nachsorge, Psychosomatisches Fallmanagement, Ambulante Psychosomatische Nachsorge, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Kobelt, Grosch & Lamprecht, 2002))
- Organisatorisches (Zuzahlungen, Übergangsgeld und Krankengeldzeiten, Begutachtung des Leistungsvermögens, Stufenweise Wiedereingliederung).

Der Vortrag wurde durch eine PowerPoint-Präsentation unterstützt. Die Folien wurden den Patienten vor Beginn der Veranstaltung als Ausdruck zur Verfügung gestellt. Die Patienten

konnten Angehörige oder Vertraute zu der Veranstaltung mitbringen. Die Präsentation, ebenso wie die Einladung und die Evaluationsfragebögen wurden ins Türkische übersetzt.

6.3 Ergebnisse

90,4%⁵ bzw. 94,4%⁶ der Patienten gaben an, sich nach der Teilnahme an der Gruppe besser informiert zu fühlen. Es zeigt sich für den subjektiven Informationsstand und das Gesundheitswissen ein signifikant größerer Wissenszuwachs bei der Interventionsgruppe. Die Autoren konnten jedoch keinen Effekt für die berufsbezogene Therapiemotivation gemessen mit dem FBTM⁷ nachweisen. Die teilnehmenden Migranten profitierten ebenso gut wie die teilnehmenden deutschstämmigen Versicherten bezogen auf den subjektiven Informationsstand und des Gesundheitswissens sowie der berufsbezogenen Therapiemotivation gemessen mit dem FBTM (Göbber, Petermann & Kobelt, 2012, Anhang E). Die Autoren konnten somit zeigen, dass die Teilnahme an der beschriebenen Informationsveranstaltung den subjektiven Informationsstand und das Gesundheitswissen der Teilnehmer beeinflusste. Die Patienten fühlen sich nach der Teilnahme an der Gruppe besser informiert und dies spiegelte sich auch auf den Skalen des subjektiven Informationsstandes und des Gesundheitswissens wieder (Göbber, Petermann & Kobelt, 2012, Anhang E). Geht man davon aus, dass ein wichtiger Aspekt der Gesundheitskompetenz die Informiertheit darstellt, so leistet die Veranstaltung einen Beitrag zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz der Patienten. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass sich das untersuchte Konzept für Personen mit und ohne Migrationshintergrund eignet (Göbber, Petermann & Kobelt, 2012, Anhang E). Dies unterstreicht die These, dass eine Optimierung der Versorgung von Migranten nicht zwangsläufig spezieller „Migranten-Angebote“ bedarf. Durch psychoedukative Angebote, welche kulturoffen gestaltet werden (bspw. Übersetzung der Materialien in die Muttersprachen), lassen sich Migranten ebenso erreichen. Hiermit liefert die vorgestellte Untersuchung einen konkreten Handlungsansatz zur Verbesserung der Situation von Migranten in der psychosomatischen Rehabilitation, welcher mit einem geringen finanziellen und personellen sowie strukturellen Aufwand verbunden ist.

⁵Bezogen auf die Rehabilitationsbehandlung

⁶Bezogen auf die Unterstützungsangebote der DRV

⁷Fragebogen zur beruflichen Therapiemotivation (Zwerenz, Knickenberg, Schattenburg & Beutel, 2005)

7. Zusammenführung und Diskussion

In der vorliegenden Synopse wurden Untersuchungen vorgestellt, welche von verschiedenen Ansatzpunkten her den Status quo in der rehabilitativen Versorgung von Migranten mit psychischen Störungen untersucht haben. Zusammenfassend sollen noch einmal die wichtigsten Erkenntnisse der einzelnen Studien dargelegt werden. In der Studie „Die Bedarfsfrage in der Rehabilitation und die Versorgung neuer Zielgruppen. Migranten in der psychosomatischen Rehabilitation“ (Kobelt, Göbber, et al., 2011, Anhang A) wurde als Ergebnis einer detaillierten Literaturrecherche dargelegt, dass es in der Versorgung von psychisch erkrankten Migranten - nicht nur - im Kontext der Rehabilitation deutlichen Verbesserungsbedarf gibt (vgl Kapitel 1). Dies manifestiert sich am deutlichsten an schlechteren Behandlungserfolgen und einem höheren Anteil von vorzeitigen Berentungen aufgrund psychischer Erkrankungen.

Die Untersuchungen der Bedeutung des Migrationshintergrundes für den Behandlungserfolg (Göbber et al., 2010, Anhang C; Kobelt et al., 2013, Anhang B) (Vgl. Kapitel 2) zeigte einerseits, dass Migranten zwar schlechtere Behandlungserfolge in der psychosomatischen Rehabilitation aufweisen, dass dies jedoch ebenso für Angehörige der Unterschicht und Patienten mit einer hohen somatoformen Ausgangsbelastung gilt. Die Untersuchung „Die sozioökonomische Schicht ist wichtiger für das Behandlungsergebnis in der psychosomatischen Rehabilitation als der Migrationshintergrund“ (vgl. Kapitel 2) wiederum zeigt, dass genau diese Merkmale bei Migranten häufiger auftreten (Kobelt et al., 2013, Anhang B). Somit lassen sich zwar die in der Einleitung beschriebenen schlechteren Behandlungsergebnisse bei Migranten replizieren, bei einer genaueren Betrachtung und Einbezug weiterer Faktoren gewinnen diese anderen Faktoren jedoch an Bedeutung in der Prognose des Behandlungserfolges.

Genau diese (Hemm-)Faktoren treten bei Migranten häufiger auf, wie die Untersuchung „Stationäre psychosomatische Rehabilitationsbehandlung von Patienten mit türkischem Migrationshintergrund“ (Göbber et al., 2010, Anhang B) zeigt. Die hier untersuchten Patienten mit Migrationshintergrund verfügten über ein geringeres schulisches und berufliches Ausbildungsniveau, waren häufiger langzeitarbeitslos und gingen geringer ausgebildeten Tätigkeiten nach. Ebenso zeigten sich bei Migranten – hier am Beispiel türkischer Migranten – häufiger somatoforme Diagnosen. Daneben konnten noch weitere

Hemmfaktoren bei den Patienten mit türkischem Migrationshintergrund beobachtet werden, wie längere Arbeitsunfähigkeitszeiten vor Antritt der Rehabilitationsbehandlung und ein höherer vom behandelnden Arzt eingeschätzter Rentenwunsch (vergleiche Kapitel 3).

Die wahrgenommene höhere Rentenorientierung bei Patienten mit Migrationshintergrund ist ein wiederkehrendes und sensibles Thema. Nicht zuletzt aufgrund der Geschichte Deutschlands werden Negativ-Attribuierungen gegenüber Angehörigen anderer Kulturen selten offen ausgesprochen. Damit entziehen sich diese Attribuierungen, die auch gedeihen können, ohne öffentlich ausgesprochen zu werden, der Möglichkeit der wissenschaftlichen Überprüfung und Widerlegung. Eine höhere wahrgenommene Rentenorientierung impliziert auch schnell den Verdacht des Simulierens. In der Untersuchung zur Beschwerdenuvalidierung bei Patienten mit Migrationshintergrund (vgl. Kapitel 4) wurde daher untersucht, ob es bei Patienten mit Migrationshintergrund mehr Hinweise auf invalides Antwortverhalten gab (Göbber, Petermann, Piegza, et al., 2012, Anhang D). Zwar war dies der Fall, jedoch zeigte sich, dass bei Einbezug mehrerer Prognoseparameter der Migrationshintergrund keine signifikante Vorhersagekraft für ein invalides Testergebnis hat. Um ein invalides Testergebnis vorherzusagen, eignete sich am besten die klinische Belastung.

Die in Kapitel 2 bis 6 vorgestellten Studien haben sich der Untersuchung des status quo der Versorgungslage von Migranten in der psychosomatischen Rehabilitation und den zugrundeliegenden Ursachen gewidmet. Hier konnten die in der Literatur berichteten Ergebnisse von schlechteren Behandlungserfolgen von Migranten in der psychosomatischen Rehabilitation repliziert werden. Die Suche nach den möglichen Ursachen hat ein besseres Verständnis ermöglicht. Die hier vorgestellten Studien zeigen, dass bei genauerer Betrachtung nicht der Migrationshintergrund, sondern die Schichtzugehörigkeit der entscheidende Faktor für das Verständnis des unbefriedigenden Status quo ist. Gleichzeitig wiederum zeigen sich bei Migranten mehr Hemmfaktoren, welche für diese sozial benachteiligten sozialen Schichten charakterisierend sind. Hieraus sollte nun nicht der Schluss gezogen werden, dass sämtliche kulturspezifischen Aspekte vernachlässigt werden können. Dennoch konnte in den bisher vorgestellten Untersuchungen der vorliegenden Synopse gezeigt werden, dass der Migrationshintergrund nicht als Pauschal-Ursache herangezogen werden darf. Bei Migranten verdichten sich Hemmfaktoren, dennoch ist es nicht der Migrationshintergrund, die Kultur per se, welche

die unbefriedigenden Behandlungs- und Wiedereingliederungserfolge bedingt. Ebenso wenig eignet sich der Migrationshintergrund, um invalide Testergebnisse vorherzusagen. Auch hier greift derselbe Mechanismus: Bei Migranten verdichten sich zwar die auffälligen Testergebnisse, daraus den Schluss abzuleiten, der Migrationshintergrund sei die Ursache für die auffälligen Ergebnisse, ist nicht zulässig. In der hier vorgestellten Untersuchung zeigte sich, dass das Geschlecht und die Schichtzugehörigkeit und vor allem die klinische Belastung ein invalides Testergebnis am ehesten vorhersagen. Kobelt et al. (2012) zeigten, dass sich auffällige Ergebnisse im Simulationsscreening am ehesten als Appelle besonders belasteter Patienten interpretieren lassen.

Im Zuge der näheren Untersuchung der Ursachen für die genannten Missstände und möglichen Ansatzpunkte für Verbesserungen wurde auch eine schriftliche Befragung von niedergelassenen Haus- und Fachärzten in Hannover durchgeführt (Vergleiche Kapitel 5). Hier zeigte sich, dass aus Sicht der behandelnden Ärzte die Kenntnisse der Patienten mit Migrationshintergrund bezüglich der Behandlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten sehr gering sind und hierin eine wichtige Inanspruchnahmebarriere liegt. Ebenso geben die befragten Ärzte an, dass kulturelle Unterschiede und Sprachbarrieren vorliegen und deshalb kulturspezifische Angebote hilfreich wären. Ein wichtiger Aspekt war auch die Nennung motivationaler Aspekte wie eine höhere Rentenorientierung oder fehlende Erwerbsmotivation. Die Inanspruchnahmebarrieren in Form mangelnder Kenntnisse bezüglich der Behandlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten wurden in der letzten vorgestellten Untersuchung aufgegriffen (vergleiche Kapitel 6). Hier wurde eine Intervention und deren Evaluation vorgestellt, welche die Erkenntnisse der vorherigen Studien berücksichtigt (Göbber, Petermann & Kobelt, 2012, Anhang E). Die vorgestellte prästationäre Informationsveranstaltung richtet sich nicht explizit an Migranten, hat jedoch das Ziel, einen Hemmfaktor aufzufangen, der bei Migranten gehäuft beobachtet werden kann. Hierbei handelt es sich um den schlechten Kenntnisstand bezüglich der Angebote und auch der eigenen Verantwortungen im Kontext psychosomatischer Rehabilitation, was auch unter dem Begriff der Gesundheitskompetenz zusammengefasst werden kann. Wie in Kapitel 6 dargestellt, zeigen allgemein nicht nur Migranten, sondern auch Angehörige sozial benachteiligter sozialer Schichten eine schlechtere Gesundheitskompetenz. Damit setzt diese Intervention die Implikation der vorhergehenden Untersuchung um, dass bei einem Ausgleichen der Hemmfaktoren von Personen sozial benachteiligter Schichten auch

die Hemmfaktoren von Migranten zu einem Teil mit ausgeglichen werden. Die Ergebnisse der Evaluation der prästationären Informationsveranstaltung bestätigt die Annahme, dass zum Ausgleichen der Hemmfaktoren nicht immer spezielle Migranten-Konzepte notwendig sind. Durch die prästationäre Informationsveranstaltung konnten die Kenntnisse über die Angebote und eigenen Verantwortlichkeiten im Kontext psychosomatischer Rehabilitation bei Deutschen und Migranten verbessert werden. Der einzige Aspekt der expliziten Kultursensibilität des Angebotes lag in der Übersetzung der schriftlichen Materialien ins Türkische. Dies schließt deutsche Teilnehmer jedoch nicht aus, so wie es beispielsweise eine fremdsprachig geführte Veranstaltung tun würde. Auch die Möglichkeit, Angehörige zu der Veranstaltung mitzubringen, berücksichtigt zwar den Aspekt, dass viele Migranten in Deutschland aus kollektivistischen Kulturen kommen, lässt sich jedoch ebenso gut von deutschen Teilnehmern nutzen.

In den dargestellten Untersuchungen lassen sich methodische Einschränkungen finden. Diese sind jedoch spezifisch für die jeweiligen Untersuchungen, weshalb sie in dieser abschließenden Diskussion nicht noch einmal genannt werden sollen, sondern auf die einzelnen Diskussionen der Untersuchungen im Anhang verwiesen wird.

7.1 Ausblick

Aus den dargestellten Ergebnissen lassen sich Schlussfolgerungen sowohl für die Forschung, als auch für die Praxis treffen. Nachfolgende Forschungsprojekte im Bereich Migration und Gesundheit sollten stärker als bisher den Einfluss der Schichtzugehörigkeit berücksichtigen. Die vorliegenden Untersuchungen haben gezeigt, dass die Varianzüberlagerung von Schicht und Migrationshintergrund bedeutend ist. Zukünftige Untersuchungen sollten daher bei migrationspezifischen Fragestellungen auf eine Herauspriorisierung des Schichteffektes achten.

Spezieller Forschungsbedarf besteht in dem Bereich der Beschwerdvalidierung nicht nur bei Migranten. Die hier dargestellte Untersuchung aus diesem Themenbereich liefert alarmierende Zahlen invalider Testergebnisse basierend auf einem Screening, die mit weiteren und genaueren Verfahren überprüft werden sollten.

Hieraus leitet sich für die Praxis ab, dass im Kontext psychosomatischer Rehabilitation – nicht nur bei Migranten – die Begutachtung ausgeweitet werden sollte. Hierdurch können Patienten identifiziert werden, bei denen eine hohe Symptombelastung im Sinne eines

Appells zu invaliden Symptomdarbietungen führen, die aufgrund dieser hohen Symptombelastung jedoch nicht in den Bereich der rehabilitativen, sondern der Krankenversorgung fallen. Weiter können so Patienten mit invaliden Symptomdarstellungen aufgrund von Motivationsdefiziten identifiziert werden, bei denen möglicherweise auch eine optimale Versorgung nicht zu befriedigenden Ergebnissen führen würde. Auch in der Entwicklung weiterer Interventionen gibt es Forschungsbedarf, wie die hier dargestellten unbefriedigenden Behandlungsergebnisse gezeigt haben. Hier sollte jedoch stärker als bisher darauf geachtet werden, inwieweit Angebote, welche die Bedürfnisse benachteiligter sozialer Schichten – aller kultureller Herkunft – abfangen, zielführend sind und wo kulturspezifische „Migranten-Angebote“ notwendig sind. Hieraus leitet sich auch für die Praxis ab, dass in der Weiterentwicklung der Rehabilitationskonzepte die Bedürfnisse von Personen benachteiligter sozialer Schichten stärker berücksichtigt werden sollten, wie es beispielweise bei psychoedukativen Angeboten der Fall ist. Dadurch werden die Hemmfaktoren von Migranten aufgefangen, ohne dass deutsche Patienten ausgeschlossen werden.

Literaturverzeichnis

- Baker, D. W. (2006). The Meaning and the measure of health literacy. *Journal of Internal General Medicine*, 21, 878-883.
- Berlin-Institut-für-Bevölkerung-und-Entwicklung (Hrsg.). (2009). *Ungenutzte Potentiale. Zur Lage der Integration in Deutschland*. Köln: Gebrüder Kopp GmbH & Co. K.G.
- Berry, J. W. (1992). Test Acculturation and Adaption in a New Society. *International Migration*, 69-85.
- Best, M., Lange, M., Karpinski, N., Hessel, A., Söpper-Terborg, B., Sieling, W. et al. (2009). Psychosomatische Rehabilitation: Effekte einer prästationären Beratung durch die Rentenversicherung. *Die Rehabilitation*, 48, 283-287.
- Bischoff, C., Gönner, S., Erhardt, M. & Limbacher, K. (2005). Ambulante vor- und nachbereitende Maßnahmen zur Optimierung der stationären psychosomatischen Rehabilitation - Ergebnisse der Bad Dürkheimer Prä-Post-Projekts. *Verhaltenstherapie*, 15, 78-87.
- Blaskewitz, M. & Merten, T. (2007). Diagnostik der Beschwerdevalidität. Diagnostik bei Simulationsverdacht: Ein Update 2002 bis 2005. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 75, 140-154.
- Brähler, E., Petermann, F. & Rief, W. (2010). Psychotherapie und Migration. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58, 161-163.
- Brause, M., Reutin, B., Razum, O. & Schott, T. (2012). Rehabilitationserfolg bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund - Eine Auswertung von Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung Rheinland und Westfalen. *Die Rehabilitation*, 51, 282-288.

- Calliess, I. T., Schmid-Ott, G., Akguel, G., Jäger, B. & Ziegenbein, M. (2007). Einstellung zur Psychotherapie bei jungen türkischen Migranten in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, 34, 1-6.
- Cassisi, J. E. & Workmann, D. E. (1992). The detection of maligning and deception with a short form of the MMPI-2 based on the L, F, and K scales. *Journal of Clinical Psychology*, 48, 54-58.
- Cima, M., Hollnack, S., Kremer, K., Knauer, E., Schellbach-Matties, R., Klein, B. et al. (2003). "Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome". *Der Nervenarzt*, 74, 977-986.
- Coulter, A. & Ellins, J. (2007). Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *British Medical Journal*, 335, 24-27.
- Dandachi-FitzGerald, B., Ponds, R. W. H. M., Peters, M. J. V. & Merckelbach, H. (2011). Cognitive underperformance and symptom over-reporting in a mixed psychiatric sample. *The Clinical Neuropsychologist*, 25(5), 812-828.
- Deck, R. (2008). Soziale Ungleichheit in der medizinischen Rehabilitation. *Das Gesundheitswesen*, 70, 582-589.
- Demiralay, C. & Haasen, C. (2011). Akkulturation. In W. Machleidt & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 63-66). München: Elsevier GmbH.
- Diefenbacher, A. & Heim, G. (1994). Somatic symptoms in Turkish and German depressed patients. *Psychosomatic Medicine*, 56, 551-556.

-
- Dohrenbusch, R., Hennigsen, P. & Merten, T. (2011). Die Beurteilung von Aggravation und Dissimulation in der Begutachtung psychischer und psychosomatischer Störungen. *Die Versicherungsmedizin*, 63, 81-85.
- Dohrenbusch, R. & Merten, T. (2010). Psychologische Mess- und Testverfahren. Aussagekraft in der sozialmedizinischen Begutachtung. *Der Psychotherapeut*, 55(5), 389-393.
- Enge, D., Kulick, B. & Florian, L. (2006). Evaluating the rehabilitation of people applying for pensions due to impairment. In W. H. Jäckel, J. Bengel & J. Herdt (Hrsg.), *Research in rehabilitation* (S. 73-83). Stuttgart: Schattauer.
- Erim, Y. & Glier, B. (2011). Schmerz bei Migranten aus der Türkei. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie II* (S. 243-258). Berlin: Springer.
- Exner, J., McDowell, E., Pabst, J., Stackmann, W. & Kirk, L. (1963). On the detection of willful falsification in the MMPI. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 27, 91-94.
- Faltermeier, T. (2005). Migration und Gesundheit: Fragen und Konzepte aus einer salutogenetischen und gesundheitspsychologischen Perspektive. In P. Marschalk & K. H. Wiedl (Hrsg.), *Migration und Krankheit* (S. 93-112). Göttingen: V&R unipress.
- Gardemann, J. (2001). Migration und Gesundheit - der öffentliche Gesundheitsdienst in der Koordination gesundheitlicher Vielfalt. *Gesundheitswesen*, 63(Sonderheft 2), 115-119.
- Gazmararian, J. A., Baker, D. W., Williams, M. V., Parker, R. M., Scott, T. L., Green, D. C. et al. (1999). Health literacy among medicare enrollees in a managed care organization. *Journal of the American Medical Association*, 281(6), 545-551.

- Gazmararian, J. A., Williams, M. V., Peel, J. & Baker, D. W. (2003). Health literacy and knowledge of chronic disease. *Patient Education and Counseling*, 51, 267-275.
- Glaesmer, H., Wittig, U., Brähler, E., Martin, A., Mewes, R. & Rief, W. (2009). Sind Migranten häufiger von psychischen Störungen betroffen? *Psychiatrische Praxis*, 36, 16-22.
- Göbber, J., Gündel, H., Henniger, S., Machleidt, W. & Kimil, A. (2008). Migration - Kulturelle Besonderheiten bei somatoformen Störungen. *Psychotherapie im Dialog*, 9, 265-271.
- Göbber, J., Machleidt, W. & Gündel, H. (2011). Somatisierung. In W. Machleidt & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 341-353). München: Elsevier.
- Göbber, J., Petermann, F. & Kobelt, A. (2012). Evaluation einer kulturoffenen prästationären Informationsveranstaltung vor psychosomatischer Rehabilitation. Effekte auf die Gesundheitskompetenz und die Therapiemotivation bei Patienten mit und ohne Migrationshintergrund. *Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin*, 22(06), 329-335.
- Göbber, J., Petermann, F., Piegza, M. & Kobelt, A. (2012). Beschwerdvalidierung bei Rehabilitanden mit Migrationshintergrund in der Psychosomatik. *Die Rehabilitation*, 51, 356-364.
- Göbber, J., Pfeiffer, W., Winkler, M., Kobelt, A. & Petermann, F. (2010). Stationäre psychosomatische Rehabilitationsbehandlung von Patienten mit türkischem Migrationshintergrund. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58, 181-187.

-
- Gönner, S., Bischoff, C. & Limbacher, K. (2008). Rentenantragsteller und Langzeitarbeitsunfähige - eine nicht behandelbare Klientel? Differenzielle Ergebnisqualität psychosomatischer Rehabilitation bei Patienten mit sozialmedizinischer Fragestellung. In DRV-Bund (Hrsg.), *DRV-Schriften. Band 77* (S. 303-305). Bad Homburg: Wdv.
- Haasen, C., Levit, O., Gelbert, A., Forouton, N., Norovjav, A., Sinaa, M. et al. (2007). Zusammenhang zwischen psychischer Befindlichkeit und Akkulturation bei Migranten. *Psychiatrische Praxis*, 34(339-342).
- Hartung, S. (2011). *Partizipation - eine relevante Größe für individuelle Gesundheit?* Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Hausotter, W. & Schouler-Ocak, M. (2007). *Begutachtung bei Menschen mit Migrationshintergrund unter medizinischen und psychologischen Aspekten.* München: Urban&Fischer.
- Heinz, A. & Kluge, U. (2011). Ethnologische Ansätze in der transkulturellen Psychiatrie. In W. Machleidt & A. Heinz (Hrsg.), *Handbuch der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 29-32). München: Elsevier GmbH.
- Heitmann-von-Franqué, L. (2006). *Wirkungen experimenteller Simulation auf das MMPI.* Dissertationsschrift, Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf.
- Heubrock, D. & Petermann, F. (1998). Neuropsychological assessment of suspected malingering: Research results, evaluation techniques, and further direction of research and application. *European Journal of Psychological Assessment*, 14, 211-225.

-
- Höhne, A. & Schubert, M. (2007). Vom Healthy Migrant Effect zur gesundheitsbedingten Frühberentung. Erwerbsminderungsrenten bei Migranten in Deutschland. *DRV-Schriften*, 55, 103-125.
- Howard, D. H., Gazmararian, J. & Parker, R. M. (2005). The impact of low health literacy on the medical costs of medicare managed care enrollees. *American Journal of Medicine*, 118, 371-377.
- Institute-of-Medicine. (2002). *Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care*. Washington, DC: National Academy of Sciences Press.
- Isernhagen, S. J., Hart, D. L. & Matheson, L. M. (1999). Reliability of independent observer judgments of level of lift effort in a kinesiological functional capacity evaluation. *Work*, 12, 145-150.
- Jacobi, F., Hoyer, J. & Wittchen, H. U. (2004). Seelische Gesundheit in Ost und West: Analysen auf der Grundlage des Bundes-Gesundheitssurveys. *Zeitschrift für Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 33, 251-260.
- Kaiser, H., Kersting, M. & Schian, H.-M. (2000). Der Stellenwert des Arbeitssimulationsgerätes ERGOS als Bestandteil der leistungsdiagnostischen Begutachtung. *Die Rehabilitation*, 39, 175-184.
- Kirmayer, L. & Sartorius, N. (2007). Cultural Models and Somatic Syndromes. *Psychosomatic Medicine*, 69, 832-840.
- Kizilhan, J. I. (2011). Psychologie der Migration. In W. Machleidt & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 55-66). München Elsevier GmbH.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.

- Kobelt, A., Göbber, J., Bassler, M. & Peterman, F. (2012). Beschwerdvalidität im Rahmen stationärer psychosomatischer Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 51, 349-355.
- Kobelt, A., Göbber, J. & Petermann, F. (2011). Die Bedarfsfrage in der Rehabilitation und die Versorgung neuer Zielgruppen. Migranten in der Psychosomatischen Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 54, 475-481.
- Kobelt, A., Göbber, J., Pfeiffer, W. & Petermann, F. (2013). Die sozioökonomische Schicht ist wichtiger für das Behandlungsergebnis in der psychosomatischen Rehabilitation als der Migrationshintergrund. *Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin*, 23, 1-5.
- Kobelt, A., Grosch, E. & Lamprecht, F. (2002). *Ambulante psychosomatische Nachsorge*. Stuttgart: Schattauer.
- Kobelt, A., Lieverscheidt, B., Grosch, E. & Petermann, F. (2010). Ambulante Psychosomatische Nachsorge und soziale Ungleichheit. *Psychotherapeut*, 55, 43-48.
- Kobelt, A., Winkler, M. & Petermann, F. (2011). Vorbereitung und Nachbereitung der medizinischen Rehabilitation am Beispiel der psychosomatischen Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 54, 451-457.
- Koch, U. & Petermann, F. (2011). Innovationen in der medizinischen Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 54, 401-403.
- Koch, U. & Schulz, H. (2008). Weiterentwicklung in der psychosomatischen Rehabilitation. In G. Schmid-Ott, S. Wiegand-Grefe, C. Jacobi, G. Paar, R. Meermann & F. Lamprecht (Hrsg.), *Rehabilitation in der Psychosomatik* (S. 445-459). Stuttgart: Schattauer.

- Kreps, G. L. (2005). Disseminating relevant information to underserved audiences: Implications from the digital divide pilot projects. *Journal of the Medical Library Association, 93*(4), 65-70.
- Kreps, G. L. & Kunimoto, E. (1994). *Effective communication in multicultural health care settings*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Kreps, G. L. & Sparks, L. (2008). Meeting the health literacy needs of immigrant populations. *Patient Education and Counseling, 71*, 328-332.
- Kreuter, M. V. & McClure, S. M. (2004). The role of culture in health communication. *Annual Review of Public Health, 25*, 439-455.
- Kripalani, S., Paasche-Orlow, M. K., Parker, R. M. & Saha, S. (2006). Advancing the field of health literacy. *Journal of Internal General Medicine, 21*, 804-805.
- Lange, M. & Petermann, F. (2010). Psychosomatische Rehabilitation. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 58*, 207-217.
- Lee, S.-Y. D., Bender, D. E., Ruiz, R. E. & Cho, Y. I. (2006). Development of an easy-to-use spanish health literacy test. *Health Services Research Journal, 41*(4), 1392-1412.
- Lorant, V., Croux, C., Weich, S., Deliege, D., Mackenbach, J. & Anseau, M. (2007). Depression and socio-economic risk-factors: 7-yearlongitudinal population study. *British Journal of Psychiatry, 190*, 293-298.
- Machleidt, W. (2002). Die 12 Sonnenberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen in Deutschland. *Der Nervenarzt, 73*, 1208-1212.

-
- Machleidt, W. (2006). Die Sonnenberger Leitlinien - Transkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland. In W. Machleidt, R. Salman & I. T. Calliess (Hrsg.), *Sonnenberger Leitlinien* (S. 21-35). Berlin: VWB.
- Merbach, M., Wittig, U. & Brähler, E. (2008). Angst und Depression polnischer und vietnamesischer MigrantInnen in Leipzig unter besonderer Berücksichtigung ihres Eingliederungsprozesses. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 58, 146-154.
- Merten, T. (2008). Negative Antwortverzerrungen in der Begutachtung. In K. D. Thomann, F. Schröter & V. Grosser (Hrsg.), *Orthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung* (S. 337-346). München: Urban&Fischer.
- Mittag, O. & Raspe, H. (2003). Eine kurze Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit: Ergebnisse einer Untersuchung an 4279 Mitgliedern der gesetzlichen Arbeiterrentenversicherung zu Reliabilität (Guttman-Skalierung) und Validität der Skala. *Die Rehabilitation*, 42, 169-174.
- Möske, M., Pradel, S. & Schulz, H. (2011). Die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in der psychosomatischen Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 54, 465-474.
- Möske, M., Schneider, J., Koch, U. & Schulz, H. (2008). Beeinflusst der türkische Migrationshintergrund das Behandlungsergebnis? Ergebnisse einer prospektiven Versorgungsstudie in der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 58(176-182).
- Muschalla, B. & Linden, M. (2011). Sozialmedizinische Aspekte bei psychischen Erkrankungen. *Der Nervenarzt*, 82, 917-931.

-
- Nickel, C., Lojewski, N., Muehlbacher, M., Cangoez, B., Müller-Rabe, T., Buschmann, W. et al. (2006). Behandlungsergebnisse stationärer psychosomatischer Rehabilitation bei türkischen Migranten: Eine prospektive Studie. *Das Gesundheitswesen*, 68, 147-153.
- Noeker, M. & Petermann, F. (2011). Simulation neurologischer versus psychischer Beschwerden. Leserbrief. *Der Psychotherapeut*, 56, 449-450.
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349-364.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Petermann, F. & Koch, U. (2009). Psychosomatische Rehabilitation - Quo vadis? *Die Rehabilitation*, 48, 257-262.
- Pfeiffer, W., Göbber, J., Winkler, M., Kobelt, A. & Petermann, F. (2010). Stationäre psychosomatische Rehabilitationsbehandlung von Versicherten mit Migrationshintergrund. In F. Petermann (Hrsg.), *Neue Ansätze in der psychosomatischen Rehabilitation* (S. 49-70). Regensburg: S. Roderer Verlag.
- Rabung, S., Harfst, T., Kawski, S., Koch, U., Wittchen, H.-U. & Schulz, H. (2009). Psychometrische Überprüfung einer verkürzten Version der "Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH-49)". *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 55(162-179).
- Razum, O., Zeeb, H., Meesmann, U., Schenk, L., Bredehorst, M., Brzoska, P. et al. (2008). *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Migration und Gesundheit*. Berlin: Robert Koch-Institut.

- Richter, M. & Hurrelmann, K. (2009). Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven.* (S. 12-34). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rodewig, K. (2000). Stationäre psychosomatische Rehabilitation von Migranten aus der Türkei. *Psychotherapeut, 45*, 350-355.
- Rudd, R. E., Moeykens, B. A. & Colton, T. C. (2000). Health and literacy: A Review of Medical and public health literature. *Annual Review of Adult Learning and Literacy, 1*, 158-199.
- Sarrazin, T. (2010). *Deutschland schafft sich ab.* München: Deutsche Verlagsanstalt.
- Schenk, L. (2007). Migration und Gesundheit - Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. *International Journal of Public Health, 52*, 87-96.
- Schenk, L., Bau, A.-M., Borde, T., Butler, J., Lampert, T., Neuhauser, H. et al. (2006). Mindestindikatorenansatz zur Erfassung des Migrationsstatus. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 49*, 853-860.
- Schmeling-Kludas, C., Fröschlin, R. & Boll-Klatt, A. (2003). Stationäre psychosomatische Rehabilitation für türkische Migranten: Was ist realisierbar, was ist erreichbar? *Die Rehabilitation, 42*, 363-370.
- Schneider, W., Becker, D., Vogel, M., Freyberger, H. J., Gündel, H., Hennigsen, P. et al. (2011). Begutachtung der Leistungsfähigkeit bei Personen mit psychischen und psychosomatischen Störungen - ein diagnostisches Modell. *Die Versicherungsmedizin, 63*, 68-75.

-
- Smith, G. & Burger, G. (1997). Detection of Malignering: Validation of the Structured Inventory of Malignered Symptomatology (SIMS). *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 25, 183-189.
- Statistisches-Bundesamt. (2008). *Mikrozensus 2007. Bevölkerung mit Migrationshintergrund*. [Qualitätsbericht]. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Qualitaetsberichte/Bevoelkerung/Mikrozensus2007.pdf?__blob=publicationFile [13.09. 2013].
- Statistisches-Bundesamt. (2010). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2009*. [Qualitätsbericht]. Verfügbar unter: http://www.intercultus.de/pdf-daten/destatis_2009.pdf [30.08. 2012].
- Steffanowski, A., Löschmann, C., Schmidt, J., Wittmann, W. W. & Nübling, R. (2007). *Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation*. Bern: Huber.
- Stevens, A., Fabra, M. & Merten, T. (2009). Anleitung für die Erstellung psychiatrischer Gutachten. *Der Medizinische Sachverständige*, 105, 100-106.
- Stevens, A., Friedel, E., Mehren, G. & Merten, T. (2008). Malignering and uncooperativeness in psychiatric and psychological assessment: Prevalence and effects in a German sample of claimants. *Psychiatry Research*, 157, 191-200.
- Sudore, R. L., Mehta, K. M., Simonsick, E. M., Harris, T. B., Newman, A. B., Satterfield, S. et al. (2006). Limited Literacy in Older People and Disparities in Health and Healthcare Access. *Journal of the American Geriatric Society*, 54, 770-776.
- Svennson, T., Karlsson, A. & Alexanderson, K. (2003). Shame inducing encounters. Negative emotional aspects of sickness absentees' interactions with rehabilitation professionals. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 13, 183-195.

- Wagner, C. v., Steptoe, A., Wolf, M. S. & Wardle, J. (2009). Health Literacy and Health Actions: A Review and a Framework Form Health Psychology. *Health Education and Behavior*, 36, 860-877.
- Walter, U., Salman, R., Krauth, C. & Machleidt, W. (2007). Migranten gezielt erreichen: Zugangswege zur Optimierung der Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen. *Psychiatrische Praxis*, 34, 349-353.
- Weiss, B. D., Francis, L., Senf, J. H., Heist, K. & Hargraves, R. (2006). Literacy education as treatment for depression in patients with limited literacy and depression. *Journal of General Internal Medicine*, 21(823-828).
- Wetter, M. V., Baer, R. A., Berry, D. T. R., Robinson, L. H. & Sumpter, J. (1993). MMPI-2 profiles of motivates fakers given specific symptom information: A comparison to matched patients. *Psychological Assessment*, 5, 317-323.
- WHO. (2002). *International Classification of Funktioning, Disability and Health: ICF*. Geneva: Word Health Organisation.
- Williams, M. V., Baker, D. W., Parker, R. M. & Nurss, J. R. (1998). Relationship of functional health literacy to patient's knowledge of their chronic disease: A study of patients with hypertension and diabetes. *Archives of Internal Medicine*, 158(2), 166-172.
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 357-376.
- Wolf, M., Gazmararian, J. & Baker, D. (2005). Health Literacy and Functional Health Status among Older Adults. *Archives of Internal Medicine*, 165, 1946-1952.

Yagdiran, O., Kleinemeier, E. & Haasen, C. (2003). Psychische Störungen bei Migranten - Spezifische Stressoren sind bedeutsam. *Der Neurologe und Psychiater*, 10, 32-35.

Zwerenz, R., Knickenberg, R. J., Schattenburg, L. & Beutel, M. E. (2005). Motivation zur psychosomatisch-psychotherapeutischen Bearbeitung von beruflichen Belastungen - Entwicklung und Validierung eines Fragebogens. *Die Rehabilitation*, 44, 14-23.

Anhang

Anhang

Anhang A: Die Bedarfsfrage in der Rehabilitation und die Versorgung neuer Zielgruppen. Migranten in der Psychosomatischen Rehabilitation.

Kobelt, A., Göbber, J. & Petermann, F. (2011). Die Bedarfsfrage in der Rehabilitation und die Versorgung neuer Zielgruppen. Migranten in der Psychosomatischen Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 54, 475-481.

Aus verlagsrechtlichen Gründen wird nachfolgend nur das Manuskript des veröffentlichten Artikels abgedruckt. Der Abdruck des Manuskriptes erfolgt mit freundlicher Genehmigung der Springer-Verlags GmbH, Heidelberg.

**Die Bedarfsfrage in der Rehabilitation und die Versorgung neuer Zielgruppen:
Migranten in der psychosomatischen Rehabilitation**

**Needs in rehabilitation and rehabilitative care of new target groups: Immigrants in
psychosomatic rehabilitation**

PD Dr. Axel Kobelt, Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

Julia Göbber, Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen

Prof. Dr. Franz Petermann, Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen

Korrespondenzadresse: PD Dr. Axel Kobelt, Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, Lange Weihe 2–4, D-30880 Laatzen, Tel: 0511-8294222, E-Mail: axel.kobelt@drv-bsh.de

Zusammenfassung

Die Behandlung von Patienten mit Migrationshintergrund gewinnt im Kontext psychosomatischer Rehabilitation zunehmend an Bedeutung. Neben kulturellen Unterschieden stellen vermehrte Hemmfaktoren die Haupterklärungen für die beobachteten schlechteren Behandlungsergebnisse in der psychosomatischen Rehabilitation und erhöhte Berentungszahlen dar. Es werden Perspektiven in der psychosomatischen Rehabilitation erarbeitet, die sich nicht mehr alleine auf den Migrationshintergrund als Ursache schlechterer Behandlungsergebnisse konzentrieren, sondern auch die vermehrten Hemmfaktoren dieser Versichertengruppe berücksichtigen. Damit wird die Notwendigkeit integrativer und flexibler Formen psychosomatischer Rehabilitation deutlich, die zusätzliche Komponenten wie psychosomatisches Fallmanagement, ambulante psychosomatische Nachsorge und prästationäre Vorbereitungsgruppen beinhalten.

Schlüsselwörter: Psychosomatische Rehabilitation, Migration, Erwerbsminderung, ambulante psychosomatische Nachsorge, psychosomatisches Fallmanagement

Summary

Treatment of patients with migration background in psychosomatic rehabilitation is gaining in importance. Cultural differences and increased barriers are considered the most important causes for the inferior effective treatment results in psychosomatic rehabilitation and a higher percentage of pensions due to impairment. We discuss perspectives in psychosomatic rehabilitation which not only focus on the migration background as the main cause for inferior effective treatment results, but put a greater focus on typical barriers of this patient-group. Therewith the need for more integrative and adapted forms of psychosomatic rehabilitation becomes more evident. Psychosomatic rehabilitation can be adapted by introducing case management, psychosomatic aftercare and out-patient information-groups.

Key Words: psychosomatic rehabilitation, migration, pensions due to impairment, out-patient psychosomatic aftercare, psychosomatic case-management

Einleitung und Überblick

Laut den neuesten Angaben des Mikrozensus 2009 hat rund jeder fünfte in Deutschland lebende Bundesbürger einen Migrationshintergrund, das entspricht rund 16 Millionen Menschen. Dabei ist die Zahl der Deutschen ohne ausländische Wurzeln in den letzten Jahren zurückgegangen, während der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund aufgrund von Zuwanderung aus dem Ausland und höheren Kinderzahlen gestiegen ist. Diese Entwicklung wird sich auch in den nächsten Jahren weiter fortsetzen und der Anteil der in Deutschland lebenden Personen mit Migrationshintergrund wird stetig steigen [1]. Eine einheitliche Definition, wer zu der Gruppe der Personen mit Migrationshintergrund zählt, steht noch aus. Im wissenschaftlichen Kontext hat sich jedoch die Definition von Schenk et al. [2] bewährt. Nach dieser Definition gehören zu der Gruppe der Personen mit Migrationshintergrund diejenigen, bei denen beide Elternteile in einem anderen Land geboren wurden, ebenso wie diejenigen, die nicht seit ihrer Geburt in Deutschland leben und von denen mindestens ein Elternteil ebenfalls nicht in Deutschland geboren ist und auch die Personen, die nicht Deutsch als Muttersprache sprechen. Zu den wichtigsten Herkunftsländern zählen in Deutschland die Türkei, Polen, die Russische Föderation und die Mittelmeerstaaten [3].

Auch der prozentuale Anteil psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung hat in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen. Aktuellen Schätzungen zufolge leiden jährlich etwa 30% aller erwachsenen Deutschen im Laufe eines Jahres unter einer psychischen Erkrankung [4] und psychische Erkrankungen sind vor allem in der Alterskohorte von 34 – 44 Jahren die Hauptursache für den Krankenstand. Gerade Migranten aus der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien sind verstärkt von psychischen Erkrankungen betroffen [5, 6]. Klinisch fallen Migranten vor allem durch das Leiden unter somatoformen Beschwerden auf. Somatoforme Beschwerden führen bei türkischen Migrantinnen doppelt so häufig zu rehabilitativen Maßnahmen verglichen mit deutschen Frauen [7]. Die Somatisierungsneigung nicht als klinisch im Vordergrund stehendes Störungsbild, sondern als Begleitsymptom bei anderen psychischen Störungen, tritt bei Migranten ebenfalls häufiger auf. So fanden Diefenbacher und Heim [8], dass depressive türkische Patienten ein deutlich höheres Ausmaß an einer körperbezogenen Präsentation von Symptomen zeigen als deutsche depressive Patienten. Dennoch hat die Arbeitsgruppe um Glaesmer unlängst berichtet, dass

es keine signifikante Häufung somatoformer Beschwerden bei Migranten im Vergleich zu einer deutschen Bevölkerungsstichprobe gibt [9]. Unterschiede in der Symptompräsentation sind oftmals auf abweichende Krankheitskonzepte zurückzuführen, welche bei ausländischen Patienten außerhalb der erwarteten Spannbreite liegen können und vor allem auch die Wahrnehmung der Symptome und deren (Art der) Nennung, ebenso wie die Vorstellungen über adäquate und akzeptierte Interventionen beeinflussen [10]. Die oftmals abweichenden Erklärungsmodelle der Patienten mit Migrationshintergrund spielen eine wichtige Rolle im Behandlungsverlauf [11, 12]. Bei den Betroffenen mit Migrationserfahrung, bezogen auf die Haupteinwanderungsstaaten der Bundesrepublik Deutschland, spielt zudem das System - die (Groß-) Familie oder Gemeinschaft, auch die Glaubensgemeinschaft - eine hoch bedeutsame Rolle [13]. Bei einer mangelnden Berücksichtigung des Systems und dessen Bedeutung in der Behandlung kann es, auch bei Unkenntnis der sozialen und religiösen Gefüge, nicht selten zu Schwierigkeiten und einer Ablehnung gut gemeinter Behandlungs- und Rehabilitationspläne kommen, was dann von den Professionellen schnell als mangelnde Compliance interpretiert wird. Viel mehr ist es aber oftmals ein Zeichen einer mangelnden Bezugnahme auf die Lebensumstände und die subjektiven Erklärungsmodelle. Die Einstellung der deutschstämmigen Bevölkerung gegenüber einer Psychotherapie ist positiver als in der türkischstämmigen Vergleichsgruppe. Migranten mit einer erfolgreichen Integration sind besser informiert und gegenüber einer Psychotherapie positiver eingestellt. Hieran wird ein großer Bedarf an interkultureller Aufklärungsarbeit bezüglich psychotherapeutischer Behandlungsangebote deutlich [14]. Die Symptompräsentation wird jedoch nicht nur durch den kulturellen Hintergrund geprägt. Hausotter und Schouler-Ocak [15] weisen darauf hin, dass eine körpernahe Symptompräsentation nicht migrations-, sondern schichtspezifisch ist. So sinkt z.B. die Wahrscheinlichkeit für einen schlechten Gesundheitszustand bei der Untersuchung von Migranten, wenn Bildung und sozioökonomischer Status berücksichtigt werden [16]. Und auch Kobelt et al. [17] beschreiben, dass für die subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit die Schichtzugehörigkeit eine größere Bedeutung hat als der Migrationshintergrund.

Erreichbarkeit und Effektivität medizinisch-psychosomatischer Rehabilitation bei Migranten

Von den 6016 Heilbehandlungen, die die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig – Hannover im Indikationsgebiet Psychosomatik im Jahr 2008 durchgeführt hat, wurden 16,7% (n=1003) für Versicherte mit einem Migrationshintergrund bewilligt. Der Anteil entspricht beinahe dem Bevölkerungsanteil mit Migrationshintergrund der Bundesrepublik Deutschland [18]. 63% (n=633) waren weiblich. Von den 1003 Rehabilitanden mit Migrationshintergrund wurden 16,5% (n=161) wegen einer somatoformen Störung rehabilitiert. 64,8% (n=650) litten unter einer depressiven Störung. 11,8% (118) litten unter einer Angststörung. 43% wurden von der Krankenkasse zum Antrag auf medizinische Rehabilitation aufgefordert. 74,3% der im Arbeitsprozess stehenden Rehabilitanden mit Migrationshintergrund waren ungelernte oder angelernte Arbeiter (Deutsche: 42,4%).

Die oftmals psychotherapeutisch nicht vorbehandelten Migranten zählen nicht nur wegen der Sprachbarriere, sondern auch wegen ihrer sozioökonomischen Voraussetzungen, wegen ihres beruflichen Status und wegen überproportional vorhandenen Rentenwünschen zu den sozialmedizinisch problematischen Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation [19, 20, 21, 22]. In einer Untersuchung mit türkischstämmigen Rehabilitanden zeigte sich bei diesen signifikant häufiger ein Rentenwunsch oder auch ein bereits gestellter Rentenantrag als bei den deutschstämmigen Versicherten [22].

Ein großer Anteil der in Deutschland lebenden Migranten ist durch einen niedrigen beruflichen Status, geringe materielle Ressourcen, unsichere Arbeitsplätze mit geringem sozialem Ansehen und durch schlechte Wohnverhältnisse charakterisiert [18]. Unabhängig von der Nationalität bzw. vom Migrationsstatus ist ein schlechter sozioökonomischer Status (Zugehörigkeit zur Unterschicht, Arbeitslosigkeit, ärmliche Wohnverhältnisse) mit einer erhöhten Inzidenz von Depressionen assoziiert [23]. Hinzu kommt, dass sich der für die psychische Belastung häufig mitverantwortliche Akkulturationsstress nicht mit der Aufenthaltsdauer verringert [24]. Es gibt gleichwohl Hinweise darauf, dass Migranten, die einen höheren sozioökonomischen Status erreicht haben oder sich der deutschen Kultur öffnen, Gesundheitsangebote häufiger nutzen und auch einer psychotherapeutischen Behandlung aufgeschlossener gegenüberstehen [25, 14].

Dennoch profitieren Migranten deutlich weniger von einer psychosomatischen Heilbehandlung als deutsche Rehabilitanden, wobei sprachlich schlecht integrierte Patienten eine signifikant kürzere Aufenthaltsdauer aufweisen [26]. Will man die Effektivität und Effizienz stationärer psychosomatischer Heilbehandlungen bei Migranten beurteilen, muss berücksichtigt werden, dass der durchschnittliche Therapieerfolg deutlich vom Alter, der Entlassungsdiagnose, der gewählten Klinik und von der Behandlungsdauer abhängig ist [27, 28]. Versicherte, die eine höhere Psychotherapiemotivation mitbringen, die weniger körperliche Beschwerden haben, die länger in der Rehabilitationsklinik bleiben und damit eine höhere Psychotherapiedosis erhalten und die vor allem im Katamnesezeitraum entweder eine ambulante Psychotherapie abschließen oder keine mehr benötigen, profitieren mehr von einer psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung [29]. Doch gerade für diejenigen Versichertengruppen, die aufgrund ihrer Sozialisation, ihrer Herkunft, ihres Ausbildungsstands, ihres beruflichen Status, die aber auch wegen ihrer Erkrankung oder Persönlichkeitsstruktur entweder in einer schwierigen sozialen oder beruflichen Situation stehen oder schon eine problematische bzw. brüchige Erwerbsbiographie mitbringen, ist das psychosomatische Rehabilitationsangebot manchmal weniger nützlich oder erfolgversprechend. Zur Gruppe der „schwierigen Patienten“ in der psychosomatischen Rehabilitation gehören neben den Migranten z.B. auch Arbeitslose, Erwerbsgeminderte, Versicherte mit somatoformen oder Persönlichkeitsstörungen und auch Langzeiterkrankte und Rentenantragsteller [19, 27, 30, 31, 32, 33]. Weiter tragen auch Kontextfaktoren wie die Schichtzugehörigkeit und der Bildungsstand dazu bei, in wie weit die Versicherten von den Rehabilitationsangeboten profitieren. Es sollte daher keine undifferenzierte, verallgemeinernde Aussage erfolgen, die die Bedeutung des Migrationshintergrunds als Prädiktor für ein negatives Rehabilitationsergebnis über die schon bekannten Faktoren erhebt. Es besteht hierbei die Versuchung, eine distinkte, deutlich sozial benachteiligte Gruppe, die aufgrund spezifischer Merkmale relativ schnell zu charakterisieren ist, stellvertretend für alle anderen Rehabilitandengruppen in den Vordergrund zu stellen und damit zu stigmatisieren. Denn es gibt auch deutsche Rehabilitandencluster, die aufgrund ihrer sozialen Benachteiligung nur eingeschränkt vom klassischen psychosomatischen Rehabilitationsangebot profitieren. Bei den Versicherten mit Migrationshintergrund lassen sich jedoch vermehrt diese genannten Hemmfaktoren finden. Versicherte mit Migrationshintergrund haben häufiger einen Schulabschluss mit Grundschulniveau und haben häufiger keine abgeschlossene Berufsausbil-

dung, sondern gehen ungelernten oder angelernten Tätigkeiten nach [34]. Zudem zeigt sich bei den Rehabilitanden mit Migrationshintergrund ein höherer Anteil von Personen, die bereits seit einem Jahr oder länger arbeitslos sind. Auch bei den Kontextfaktoren zeigen sich Unterschiede. Die Patienten mit Migrationshintergrund sind zu einem größeren Anteil als die deutschen Patienten verheiratet und leben auch zu einem größeren Anteil im Familienverbund. Insgesamt zeigen sich mit vermehrten Berentungswünschen, längeren Arbeitsunfähigkeits- und Arbeitslosigkeitszeiten und einem geringeren Bildungsstand bei den Rehabilitanden mit Migrationshintergrund mehr Hemmfaktoren im Sinne der ICF [35].

Möske und Kollegen [19] haben das Behandlungsergebnis bei Versicherten mit türkischem Migrationshintergrund und ohne Migrationshintergrund in der psychosomatischen Rehabilitation verglichen. Dabei zeigten sich bereits vor Beginn der Behandlung Unterschiede bei den beiden Versichertengruppen. So zeigten die Patienten mit türkischem Migrationshintergrund einen geringeren Bildungsstand und längere Arbeitsunfähigkeitszeiten vor der Rehabilitationsbehandlung, sie litten zudem häufiger unter einer depressiven sowie einer somatoformen Störung und nennen häufiger suizidale Gedanken in den Wochen vor der Aufnahme. Zudem zeigt sich bei den Patienten mit türkischem Migrationshintergrund eine signifikant höhere psychopathologische Gesamtbelastung bei der Aufnahme. Bezogen auf den Behandlungsverlauf und das Behandlungsergebnis zeigen sich bei den türkischstämmigen Patienten deutlich geringere Verbesserungen. Die Versicherten mit Migrationshintergrund gehen somit nicht nur mit einer höheren Ausgangsbelastung in die Heilbehandlung, sondern profitieren auch weniger von der Behandlung.

Auch Schmelting-Kludas und Kollegen [20] berichten über besondere Herausforderungen in der psychosomatischen Rehabilitation von türkischstämmigen Patienten. Sie berichten über Informationsdefizite bezüglich der Rehabilitationsbehandlung bei dieser Patientengruppe, einen größeren Anteil von Patienten, die die Behandlung arbeitsunfähig antraten und berichten gleichzeitig über längere Arbeitsunfähigkeitszeiten vor Antritt der Behandlung bei den türkischstämmigen Patienten. Die Untersuchung von Göbber et al. [22] zeigte ebenfalls, dass Patienten mit Migrationshintergrund schlechtere Behandlungsergebnisse erzielen. Sowohl in der Selbst-, als auch in der Fremdeinschätzung wird ihr Status nach der Rehabilitationsbehandlung seltener als gebessert beurteilt. Die türkischstämmigen Patienten der Stichprobe wurden zudem seltener als die deutschstämmigen Patienten arbeitsfähig

entlassen, ebenso zeigte die Patientengruppe mit Migrationshintergrund seltener ein Leistungsbild ohne wesentliche Einschränkungen bei der Entlassung. Kobelt et al. [17] betonen die Bedeutung der Beschwerdeblastung zu Beginn der Rehabilitationsbehandlung für die subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit. Nach Ihrer Untersuchung hängt die subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit vor allem vom Ausmaß der Beschwerdeblastung und von der Motivation, sich mit arbeitsbezogenen Problemen auseinander zusetzen, ab. Ebenso erhöht die Unterschichtzugehörigkeit das Risiko einer negativen Prognose. Der Migrationshintergrund hat jedoch nur eine nachgeordnete Bedeutung für die subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit.

Erwerbsminderung bei Migranten mit psychischen Erkrankungen

Es lassen sich nicht nur Unterschiede in den Behandlungsergebnissen bei Versicherten mit und ohne Migrationshintergrund im Indikationsgebiet Psychosomatik finden, sondern die beschriebenen Unterschiede sind auch im Bereich der Erwerbsminderungsrenten anzutreffen.

Psychische Erkrankungen haben in Deutschland eine gleichbleibend hohe Bedeutung bei Anträgen auf Berentung wegen voller Erwerbsminderung, während der Anteil anderer Erkrankungen am Gesamtberentungsgeschehen wegen voller Erwerbsminderung kontinuierlich zurückgeht. Im Jahr 2007 lag der Anteil der Erwerbsminderungsrenten wegen psychischer Störungen gegenüber allen anderen Diagnosen bundesweit bei 31,7%. Die psychischen Störungen bildeten 2003 sowohl bei den Männern, als auch bei den Frauen die Hauptdiagnosegruppe bei den Rentenzugängen bezogen auf die Gesamtpopulation. Betrachtet man die Populationen getrennt, so unterscheiden sich Deutsche und Migranten signifikant, was die Bedeutsamkeit von psychischen Störungen betrifft. Bei Versicherten mit Migrationshintergrund sind bei 33,9% psychische Störungen Grund für eine Frühberentung, bei den deutschen Versicherten ist dies bei 28,7% der Fall. Rehabilitanden mit Migrationshintergrund zeigen im Indikationsgebiet Psychosomatik zudem häufiger Rentenwünsche und haben auch häufiger bereits einen Rentenantrag gestellt [22]. Bei den türkischen Männern liegt das durchschnittliche Frühberentungsalter aufgrund von psychischen Krankheiten sogar rund 1,5 Jahre unter dem der deutschen Männer (Deutsche Männer: 47,5 Jahre, Türkische Männer: 45,9 Jahre) [7].

Insgesamt zeigen sowohl die beschriebenen Unterschiede im Bereich der Erwerbsminderungsrenten, als auch die schlechteren Rehabilitationsergebnisse bei den Versicherten mit Migrationshintergrund einen deutlichen Reformbedarf im Bereich der psychosomatischen Rehabilitation bei dieser Versichertengruppe auf.

Muttersprachliche, kultursensible oder klassische Rehabilitation bei Migranten?

Der Erfolg der psychosomatischen Rehabilitation bei Migranten ist nicht zufriedenstellend und die Notwendigkeit, Änderungen in der Versorgung dieser Versichertengruppe einzuführen, liegt auf der Hand. Doch so eindeutig wie das Erfordernis der Veränderung ist, so herausfordernd ist auch deren Umsetzung. Fasst man die Ergebnisse der bisherigen Forschung zusammen, so lassen sich folgende Schwierigkeiten bei der rehabilitativen Versorgung von Migranten ableiten:

- Abweichende Erklärungsmodelle führen zu einem anderen Hilfesuchverhalten, einem anderen Selbstverständnis als Patient und zu Problemen in der therapeutischen Interaktion
- Verständigungsprobleme erschweren in manchen Fällen die Therapien
- Es liegen vermehrt Hemmfaktoren vor (niedrigerer sozialer Status, Bildungsstand und damit verbunden geringeres Wissen über die Angebote des Sozialsystems, Arbeitslosigkeit)

Damit lassen sich übergeordnet zwei Problembereiche identifizieren:

- die Folgen kultureller Unterschiede
- allgemeine Hemmfaktoren

Im Rahmen der kultursensiblen Versorgung der immer größer werdenden Gruppe von Patienten mit Migrationshintergrund wurde der Fokus zumeist auf den ersten Bereich (Folgen der kulturellen Unterschiede) gelegt. Bei aller Bedeutsamkeit dieser Herangehensweise, die hier in keinsten Weise angezweifelt werden soll, bringt diese einige Schwierigkeiten mit sich: Sie führt notwendigerweise zu der Ableitung, dass die optimalste Versorgung durch Therapeuten zu erreichen ist, die entweder aus dem selben Kulturkreis des betroffenen Patienten stammen oder die Kultur kennen und möglichst auch die Muttersprache des

Patienten beherrschen. Das zentrale Problem ist jedoch, dass diese muttersprachlichen Therapeuten nicht in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen. Auch bestehende Dolmetscherdienste können oftmals nicht genutzt werden, da sie einen zusätzlichen Kostenfaktor darstellen, für den nur selten die notwendigen Mittel zur Verfügung stehen. Die Forderungen lassen also die Versorgungsrealität in Deutschland außer Acht. Eine Verbesserung der rehabilitativen Versorgung von Versicherten mit Migrationshintergrund bedarf also Konzepte, deren Umsetzbarkeit durch Fachpersonal jeglicher, vor allem auch deutscher Kultur möglich ist. Hier sollten beispielsweise sprachliche Schwierigkeiten durch muttersprachliche Informationsmaterialien, wie auch durch engmaschigere Betreuungen, die einfache und strukturierte Handlungsbegleitungen beinhalten, aufgefangen werden. Die Überlegung einer optimalen und zielführenden Versorgung, die alleine durch muttersprachliche Ansprechpartner erreicht werden kann, ist zudem gerade im Bereich der erwerbsbezogenen Angebote bzw. der Maßnahmen, die eine Wiedereingliederung in das Erwerbsleben und auf dem Arbeitsmarkt zum Ziel haben, paradox. Für die Erwerbstätigkeit sind, zumindest in der überwiegenden Zahl der Tätigkeiten, zumindest grundlegende Deutschkenntnisse notwendig. Die Vorstellung, Versicherte, die der deutschen Sprache nicht mächtig sind, durch muttersprachliche Angebote ins Erwerbsleben halten bzw. zurückführen zu können, ist somit nur eingeschränkt gültig und es bleibt fraglich, wie zielführend solche Angebote, die zur Erreichbarkeit der Versicherten eines muttersprachlichen Mitarbeiters/Mitarbeiterin bedürfen, langfristig bezogen auf die Erwerbsprognose sind. Dies soll nicht heißen, dass nicht in Ausnahmefällen im Versichertenkontakt Dolmetscher notwendig sein können, es soll jedoch heißen, dass muttersprachliche Angebote im Bereich der Betreuung von Versicherten mit Migrationshintergrund nicht als Haupterfolgskriterium gelten sollten, vor allem, wenn das Ziel der Erhalt der Erwerbsfähigkeit und möglichst auch der aktiven Teilhabe am Arbeitsleben ist. Mehr Gültigkeit besitzt das Ideal der muttersprachlichen Behandlung sicherlich in der psychotherapeutischen und Akutbehandlung von Patienten mit psychischen Erkrankungen. Ist das (alleinige oder Haupt-) Ziel die Genesung des Patienten, so ist eine muttersprachliche Behandlung sicherlich förderlich und somit auch in den Rehabilitationseinrichtungen bezogen auf die psychotherapeutische Behandlung in einigen Fällen erstrebenswert. Dennoch wäre es eine einseitige Verkürzung, die sprachliche Verständigung als alleiniges Problem der Überwindung von Kulturgrenzen zu sehen. Signale der Offenheit, die als nonverbale Botschaften übermittelt werden, werden über Kulturgrenzen

hinweg auch bei Sprachschwierigkeiten verstanden und sind eine entscheidende Komponente bei der Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen [36]. Die Zusammenarbeit mit deutsch-kulturalisierten Mitgliedern des Versorgungssystems bietet zudem für den Versicherten mit Migrationshintergrund die Möglichkeit einer korrigierenden Beziehungserfahrung. Es wird so nicht durch eine Pauschal-„Lösung durch gleiche Sprache“ die Chance einer positiven Begegnung mit dem deutschen Versorgungssystem vergeben, sondern ein erster Schritt zur Integration und damit zur eben auch später inhaltlich explizit angestrebten Handlungskompetenz und Selbstwirksamkeit getan. Der störungsaufrechterhaltenden erlebten Hilflosigkeit und herabgesetzten Selbstwirksamkeitserwartung gerade schlechter integrierter Versicherter mit Migrationshintergrund wird somit bereits durch die transkulturelle Betreuungsform und die positive Beziehungserfahrung entgegengewirkt. Diese Form der Integration steht auch im Einklang mit gesellschaftspolitischen Forderungen nach einer verbesserten Integration von Personen mit Migrationshintergrund (vgl. zum Beispiel [1]). Göbber et al. [22] berichten zudem über einen geringen Prozentsatz von Patienten, bei denen konkreter Übersetzungsbedarf in der Psychotherapie besteht. In der genannten Untersuchung gaben die befragten Therapeuten an, dass nur bei 15% der behandelten Patienten Übersetzungsbedarf in der Psychotherapie bestand. Bei weniger als 2% der türkischstämmigen Patienten bestand Übersetzungsbedarf bei fast allen Anwendungen. Die Möglichkeit, die Versicherten auch durch nicht-muttersprachliche Angebote zu erreichen und die Akzeptanz der Verschiedenheiten (beispielsweise der abweichenden Erklärungsmodelle) durch andere Signale der Offenheit, wie muttersprachliche Informationsmaterialien und interkulturelle Toleranz der Behandler zu übermitteln, scheint also durchaus realistisch.

Auch wenn kultursensible Angebote in ausreichender Form vorhanden wären, so bliebe trotzdem noch ein weiterer Problembereich bei der Rehabilitation von Versicherten mit Migrationshintergrund bestehen: die vermehrten Hemmfaktoren. Der unterschiedliche Bildungsstand, der höhere Anteil von Langzeitarbeitslosen, die höheren Berentungswünsche und die längeren Arbeitsunfähigkeitszeiten vor Antritt der Rehabilitationsbehandlung zeugen davon, dass die klassische Rehabilitationsbehandlung bei den Versicherten mit derart komplexen Hemmfaktoren möglicherweise nicht ausreichend ist, sondern diese Versichertengruppe einer intensiveren Betreuung bedarf, die idealerweise bereits vor der Rehabilitationsbehandlung einsetzt und vor allem die Versicherten auch über diese hinaus im Alltag und in der Reintegration begleitet. Hierfür bieten sich eine ambulante psychosomatische

Nachsorge und ein psychosomatisches Fallmanagement an, welches die Versicherten bei der Reintegration aktiv und an den individuellen Bedürfnissen orientiert unterstützt. Modelle hierfür liegen bereits vor [37] und bei dem übereinstimmend berichteten mangelnden Erfolg der klassischen Rehabilitationsbehandlung bei Rehabilitanden mit Migrationshintergrund sollte langfristig eine Flexibilisierung der psychosomatischen Rehabilitation, die sich an den Bedürfnissen und Wiedereingliederungserfolgen der Versicherten orientiert, ernsthaft erwogen werden.

Brauchen wir eine migrantenspezifische Vorbereitung auf medizinische Rehabilitation?

Ein Ansatz der den oben beschriebenen zwei Problembereichen in der psychosomatischen Rehabilitation mit Migranten (Kulturelle Unterschiede/Abweichende Erklärungsmodelle und vermehrte Hemmfaktoren) Rechnung trägt und das Ziel hat, die Ergebnisse der Rehabilitationsbehandlung zu optimieren, ist die prästationäre Vorbereitung durch Informations- und Vorbereitungsgruppen. Die Bedeutung von Vorbereitungsgruppen für den Rehabilitationserfolg wurde von verschiedenen Autoren herausgearbeitet (z.B. [38, 39]. Informations- und Vorbereitungsgruppen bieten die Möglichkeit, Patienten über den Ablauf und die Ziele der Behandlung zu informieren, eine realistische Behandlungserwartung aufzubauen und Informationen über weitere Angebote zu vermitteln. Eine gute Informiertheit über Unterstützungsangebote ist zentral zur Selbstbestimmung und Selbstgestaltung der Gesundheit (Empowerment). Sie fördert zudem die Health Literacy, ins Deutsche übersetzt mit Gesundheitskompetenz oder kritische Gesundheitsbildung. Diese umfasst die Kompetenzen einer Person, Gesundheitsinformationen zu verstehen und zu nutzen, adäquate Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen und angemessene Entscheidungen zur Förderung und zum Erhalt ihrer Gesundheit treffen zu können. Unzureichende Health Literacy ist mit einem schlechteren Gesundheitszustand, einer hohen Nutzung des Gesundheitswesens und schlechten funktionalen Outcomes verbunden. Als vulnerable Gruppen gelten neben Personen mit geringem Einkommen Personen mit Migrationshintergrund. Durch die Verbesserung des Gesundheitswissens, des Verstehens und der Handlungsfähigkeit kann das Niveau der Health Literacy eines Menschen erhöht werden [40]. Vorbereitungsgruppen vor der Rehabilitationsbehandlung bieten daher die Möglichkeit, die Gesundheitskompetenz der Teilnehmer zu erhöhen, Erklärungsmodelle anzunähern und erste Signale der in-

terkulturellen Offenheit zu senden. Eine solche prästationäre Vorbereitungsgruppe sollte darauf ausgelegt sein, die Hemmfaktoren der Versicherten möglichst frühzeitig zu erkennen und aufzufangen. Damit muss sie nicht migrationsspezifisch sein, sondern kann sich ebenso an deutschstämmige Versicherte richten, die oftmals, wenn auch zu einem geringeren Anteil, die gleichen Hemmfaktoren aufweisen, wie Versicherte mit Migrationshintergrund. Es ist damit möglich, ein Eingehen auf die Bedürfnisse der Versicherten mit Migrationshintergrund und Integration zu verbinden. Folgende Ziele sollten in einer prästationären Vorbereitungsgruppe verfolgt werden:

- Verbesserung der Gesundheitskompetenz
- Berufsbezogene und sozialmedizinische Informationsvermittlung
- Verbesserung und Unterstützung der Reintegration nach der Heilbehandlung
- Annäherung der Erklärungsmodelle
- Aufklärung über die stationäre psychosomatische Rehabilitationsbehandlung
- Heranführen an ein psychosomatisches Krankheitsverständnis
- Vorstellung ganzheitlicher Angebote im Sinne der flexibilisierten Rehabilitationsbehandlung (Ambulante Psychosomatische Nachsorge, Psychosomatisches Fallmanagement)
- Früherkennung von Versicherten mit zusätzlichem Unterstützungsbedarf

Um die Integration aller Teilnehmer zu gewährleisten und Offenheit für kulturelle Unterschiede zu signalisieren, sollten nicht nur verschiedene Erklärungsmodelle in der Veranstaltung benannt und berücksichtigt werden, sondern es sollten mehrsprachige Informationsmaterialien verwandt werden und schriftliche Übersetzungen der Veranstaltungsinhalte in verschiedenen Sprachen vorliegen.

Fazit

Bei den Versicherten mit Migrationshintergrund handelt es sich um eine Personengruppe, die in der Tendenz und nach dem aktuellen Stand der Forschung weniger von der psychosomatischen Rehabilitation im klassischen Sinne profitieren als deutschstämmige Versicherte. Es gilt daher, neue Angebote für diese Versichertengruppe zu schaffen. Dabei ist es jedoch wichtig, dass das Ziel nicht eine alleinige Fokussierung auf den Migrationshintergrund sein sollte, sondern Angebote geschaffen werden sollten, die die individuellen

Hemmfaktoren von Versicherten berücksichtigen. Damit wird die Notwendigkeit von Angeboten deutlich, die zwar den Bedürfnissen vieler Versicherter mit Migrationshintergrund nachkommen, jedoch auch für Versicherte deutscher Herkunft, aber mit gleichen oder ähnlichen Hemmfaktoren, notwendig sind.

Literatur

[1] Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (Hrsg) (2009) Ungenutzte Potentiale. Zur Lage der Integration in Deutschland. Gebrüder Kopp, Köln

[2] Schenk L, Bau A-M, Borde T, Butler J, Lampert T, Neuhauser H, Razum O, Weilandt C (2006) Mindestindikatorenansatz zur Erfassung des Migrationsstatus. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 49: 853-860

[3] Statistisches Bundesamt (2007) Mikrozensus 2007. <http://www.destatis.de/jetspeed/portal-/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen-/Qualitaetsberichte/Mikrozensus/Mikrozensus2007,property=file.pdf>

[4] Jacobi F, Hoyer J, Wittchen H U (2004) Seelische Gesundheit in Ost und West: Analysen auf der Grundlage des Bundesgesundheitsveys. Z Klin Psychol Psychiatr Psychother 33. 251-260

[5] BKK (2007) BKK-Gesundheitsreport 2007. http://www.bkk.de/ps/tools/download.php?file=/bkk/psfile/downloaddatei/45/BKK_Gesund474c1228ea649.pdf&name=BKK_Gesundheitsreport_2007.pdf&id=1103&nodeid=1103

[6] BKK (2008) BKK-Gesundheitsreport 2008. <http://www.bkk-hessen.de/oppromedia/zahlen/gr2008.pdf>

[7] Höhne A, Schubert M (2007) Vom Healthy Migrant Effect zur gesundheitsbedingten Frühberentung. Erwerbsminderungsrenten bei Migranten in Deutschland. DRV-Schriften 55: 103-125

-
- [8] Diefenbacher A, Heim G (1994) Somatic Symptoms in Turkish and German Depressed Patients. *Psychosom Med* 56: 551-556
- [9] Glaesmer H, Wittig U, Brähler E, Martin A, Mewes R, Rief W (2009) Sind Migranten häufiger von psychischen Störungen betroffen? *Psychiatr Prax* 36: 16-22
- [10] Yagdiran O, Kleinemeier E, Haasen C (2003). Psychische Störungen bei Migranten - Spezifische Stressoren sind bedeutsam. *Neurol Psychiat* 10: 32-35
- [11] Kleinman A (1980) *Patients and Healers in the Context of Culture*. University of California Press, Berkeley
- [12] Kirmayer L, Sartorius N (2007) Cultural Models and Somatic Syndromes. *Psychosom Med* 69: 832-840
- [13] Kizilhan J I (2009) Interkulturelle Aspekte bei der Behandlung somatoformer Störungen. *Psychother* 54: 281-288
- [14] Calliess I, Schmid-Ott G, Akguel G, Jäger B, Ziegenbein M (2007) Einstellung zur Psychotherapie bei jungen türkischen Migranten in Deutschland. *Psychiatr Prax* 34: 1-6
- [15] Hausotter W, Schouler-Ocak M (2007) Begutachtung bei Menschen mit Migrationshintergrund unter medizinischen und psychologischen Aspekten. Urban & Fischer, München
- [16] Merbach M, Wittig U, Brähler E (2008) Angst und Depression polnischer und vietnamesischer MigrantInnen in Leipzig unter besonderer Berücksichtigung ihres Eingliederungsprozesses. *Psychother Psych Med* 58: 146-154
- [17] Kobelt A, Winkler M, Göbber J, Pfeiffer W, Petermann F (2010) Hängt die subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit vom Migrationsstatus ab? *Z Psychiatr Psychol Psychother* 58/3: 189-197
- [18] Razum O, Zeeb H, Meesmann U, Schenk L, Bredehorst M, Brzoska P, Dercks T, Glodny S, Menkhaus B, Salman R, Saß A, Ulrich R (2008) *Migration und Gesundheit*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin

-
- [19] Mösko M, Schneider J, Koch U, Schulz H (2008) Beeinflusst der türkische Migrationshintergrund das Behandlungsergebnis? *Psychother Psych Med* 58: 176–182
- [20] Schmeling-Kludas C, Fröschlin R, Boll-Klatt A (2003) Stationäre psychosomatische Rehabilitation für türkische Migranten: Was ist realisierbar, was ist erreichbar? *Rehabil* 62: 37-44
- [21] Rodewig K (2000) Stationäre psychosomatische Rehabilitation von Migranten aus der Türkei. *Psychother* 6: 350-355
- [22] Göbber J, Pfeiffer W, Winkler M, Kobelt A, Petermann F (2010) Stationäre psychosomatische Rehabilitationsbehandlung von Patienten mit türkischem Migrationshintergrund. Spezielle Herausforderungen und Ergebnisse der Behandlung. *Z Psychiatr Psychol Psychother* 58/3: 181-187
- [23] Lorant V, Croux C, Weich S, Deliege D, Mackenbach J, Anseau M (2007) Depression and socio-economic risk-factors: 7-yearlongitudinal population study. *B J Psych* 190: 293-298
- [24] Haasen C, Levit O, Gelbert A, Forouton N, Norovjav A, Sinaa M, Demiralay C (2007) Zusammenhang zwischen psychischer Befindlichkeit und Akkulturation bei Migranten. *Psychiat Prax* 34: 339-342
- [25] Kirmayer L, Weinfeld M, Burgos G, Galbaud du Fort G, Lasry J, Young A (2007) Use of health care services for psychological distress by immigrants in an urban multicultural milieu. *Can J Psychiatry* 52: 295-304
- [26] Künzler N, Garcia-Brand E, Schmauß M, Messer T (2004) Deutschkenntnisse psychiatrischer Patienten anderer Kulturen: Einfluss auf Freiwilligkeit und Dauer der stationären Behandlung. *Psychiat Prax* 31: 21-23
- [27] Koch U & Schulz H (2008) Weiterentwicklung in der psychosomatischen Rehabilitation. In: Schmid-Ott G, Wiegand-Grefe S, Jacobi C, Paar G, Meermann R, Lamprecht F (Hrsg) *Rehabilitation in der Psychosomatik*. Schattauer, Stuttgart, S.445-459

-
- [28] Zielke M (2009) Behandlungsdauer und Ergebnisqualität von stationären Behandlungs- und Rehabilitationsverläufen bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Ergebnisse langfristiger Prozessanalysen. *Prax Klin Verhaltensmed Rehabil* 83: 8-46
- [29] Nübling R, Schmidt J, Wittmann W W (1999) Langfristige Ergebnisse psychosomatischer Rehabilitation. *Prax Klin Verhaltensmed Rehabil* 49: 343-353
- [30] Olbrich D, Kostka E F, Schneider E (1995) Welche Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation sind psychotherapeutisch erreichbar? *Rehabil* 34: 16-22
- [31] Steffanowski A, Löschmann C, Schmidt J, Wittmann W W, Nübling R (2007) Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Huber, Bern
- [32] Enge D, Kulick B, Florian L (2006) Evaluating the rehabilitation of people applying for pensions due to impairment. In: Jäckel W H, Bengel J, Herdt J (Hrsg) *Research in rehabilitation*. Schattauer, Stuttgart, S 73-83
- [33] Gönner S, Bischoff C, Limbacher K (2008) Rentenantragsteller und Langzeitarbeitsunfähige - eine nicht behandelbare Klientel? Differenzielle Ergebnisqualität psychosomatischer Rehabilitation bei Patienten mit sozialmedizinischer Fragestellung. In: DRV Bund (Hrsg) *DRV-Schriften*. Band 77. Wdv, Bad Homburg, S 303-305
- [34] Pfeiffer W, Göbber J, Winkler M, Kobelt A, Petermann F (2010) Stationäre psychosomatische Rehabilitationsbehandlung von Versicherten mit Migrationshintergrund. In: Petermann F (Hrsg) *Neue Ansätze in der psychosomatischen Rehabilitation*. S. Roderer Verlag, Regensburg, S 49-70
- [35] WHO (2002) *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. World Health Organisation, Geneva
- [36] Machleidt W (2006) Die Sonnenberger Leitlinien - Transkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland. In: Machleidt W, Salman R, Calliess IT (Hrsg) *Sonnenberger Leitlinien*. VWB, Berlin, S 21-35

-
- [37] Kobelt A, Miede J (2010) Strategische Überlegungen zum Schnittstellenmanagement am Beispiel der psychosomatischen Rehabilitation. In: Deck R, Glaser-Möller N, Remé (Hrsg) Schnittstellen der medizinischen Rehabilitation. Jacobs Verlag, Lage, S 27-45
- [38] Best M, Lange M, Karpinski N, Hessel A, Söpper-Terborg B, Sieling W, Petermann F (2009) Psychosomatische Rehabilitation: Effekte einer prästationären Beratung durch die Rentenversicherung. Rehabil 48: 283-287
- [39] Bischoff C, Gönner S, Erhardt M, Limbacher K, Husen E, Jäger R S (2003) Ambulante prä- und poststationäre Maßnahmen. Ein Beitrag zur Flexibilisierung der stationären psychosomatischen Versorgung. Pabst Science, Lengerich
- [40] Walter U, Salman R, Krauth C, Machleidt W (2007) Migranten gezielter erreichen: Zugangswege zur Optimierung der Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen. Psychiatr Prax 34: 349-353

Anhang B: Die sozioökonomische Schicht ist wichtiger für das Behandlungsergebnis in der psychosomatischen Rehabilitation als der Migrationshintergrund.

Kobelt, A., Göbber, J., Pfeiffer, W. & Petermann, F. (2013). Die sozioökonomische Schicht ist wichtiger für das Behandlungsergebnis in der psychosomatischen Rehabilitation als der Migrationshintergrund. *Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin*, 23, 1-5.

Der Abdruck der Publikation erfolgt mit freundlicher Genehmigung der Georg Thieme Verlags KG, Stuttgart.

Die sozioökonomische Schicht ist wichtiger für das Behandlungsergebnis in der psychosomatischen Rehabilitation als der Migrationshintergrund

The Socio-economic Status is More Important for the Success of Treatment in Psychosomatic Rehabilitation than the Migration Background

Autoren A. Kobelt^{1,2}, J. Goebber³, W. Pfeiffer¹, F. Petermann²

Institute ¹Abteilung Rehamanagement und Rehastrategie – Psychosomatik, DRV Braunschweig Hannover, Hannover
²Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen, Bremen
³Psychosomatische Klinik, Rehazentrum Oberharz, Clausthal-Zellerfeld

Schlüsselwörter

- medizinische Rehabilitation
- Rehabilitationsergebnis
- Schicht
- Migrationshintergrund

Key words

- medical rehabilitation
- rehabilitation outcome
- social class
- migration background

eingereicht: 24.05.2013
angenommen: 27.08.2013

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1355375>
 Phys Med Rehab Kuror 2013; 23: 353–357
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 0940-6689

Korrespondenzadresse

Dr. A. Kobelt
 Abteilung Rehamanagement
 und Rehastrategie – Psychosomatik
 DRV Braunschweig Hannover
 Lange Wehe 2-4
 30880 Hannover
 Axel.Kobelt@drv-bsh.de

Zusammenfassung

Hintergrund: Die vorliegende Arbeit untersucht die Bedeutung des Migrationshintergrundes und der Schichtzugehörigkeit für den Behandlungserfolg in der psychosomatischen Rehabilitation.

Material und Methoden: Die Symptombelastung von 290 deutschstämmigen und 91 Patienten mit Migrationshintergrund wurden zu Beginn und bei Beendigung ihrer Behandlung erfasst. Weiter lagen Diagnosen und die Einschätzung des Leistungsbildes vor.

Ergebnisse: Das Behandlungsergebnis der psychosomatischen Rehabilitation ist mit sozioökonomischen Faktoren assoziiert. Der Einfluss des Migrationshintergrund ist demgegenüber deutlich geringer als erwartet. Eine Interaktion zwischen Schichtzugehörigkeit, Migrationshintergrund und Rehabilitationsergebnis konnte nicht nachgewiesen werden.

Schlussfolgerung: Die Kontextfaktoren der Rehabilitanden müssen im Rahmen des therapeutischen Angebots in der psychosomatischen Rehabilitation deutlich mehr beachtet werden.

Einleitung

Nahezu jede fünfte Person in der Bundesrepublik hat derzeit einen Migrationshintergrund. In den jüngeren Alterskohorten ist der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung deutlich höher [1]. Die Behandlung von Personen mit Migrationshintergrund gehört daher mittlerweile zum klinischen Alltag der meisten Behandler.

Im Bereich der psychotherapeutischen Versorgungsforschung und in Studien zur psychosomatischen Rehabilitation zeigt sich, dass Patienten mit Migrationshintergrund schlechter von den angebotenen Behandlungen profitieren als Deut-

Abstract

Background: This study examines the importance of migration background, social class for the success of treatment in psychosomatic rehabilitation.

Methods: The symptom load for 290 patients of German origin and 91 patients with migration background were interviewed at the beginning and the end of their inpatient rehabilitation. Furthermore, diagnoses and sociomedical assessment of performance were available.

Results: The treatment effect is associated with a lower socio-economic status. However, there was no confounding with migration background.

Conclusions: The environmental factors of the patients should be considered in the treatments during psychosomatic rehabilitation.

sche. Die psychosoziale Belastung bei Antritt einer Rehabilitationsbehandlung ist bei dieser Bevölkerungsgruppe häufig erhöht [2–5]. Geringeres Wissen um die psychische und soziale Mitbedeutung von Erkrankungen, Sprachschwierigkeiten sowie kulturelle Unterschiede und die damit verbundenen unterschiedlichen Lebensformen erschweren den psychotherapeutischen Zugang zu Menschen mit Migrationshintergrund [6–10]. Daneben werden aber auch eine stärkere Ausgangsbelastung der Patienten mit Migrationshintergrund und eine ungünstigere Ausgangssituation hinsichtlich einiger soziodemografischer Variablen als mögliche negative Einflussfaktoren diskutiert [11,12]. Migranten

weisen häufiger einen niedrigeren sozioökonomischen Status auf, sind öfter langzeitarbeitslos und gehen vermehrt einer gesundheitsgefährdenden beruflichen Tätigkeit nach [1, 2, 13]. Zudem zeigen sich im klinischen Bild bei den Patienten mit Migrationshintergrund höhere Somatisierungswerte [11]. Angehörige der Unterschicht profitieren zudem schlechter von psychosomatischen Therapiekonzepten und weisen eine erhöhte Morbidität auf [14, 15]. Kobelt et al. konnten zeigen, dass die Ergebnisse der psychosomatischen Nachsorge nach stationärer Rehabilitation vom Ausbildungsniveau und vom sozioökonomischen Status abhängig sind [16]. Während Richter und Hurrelmann [17] darauf hinweisen, dass Personen mit niedriger Bildung, geringem Einkommen und niedriger beruflicher Stellung als Merkmal sozialer Ungleichheit [14] schlechter von der medizinischen Versorgung profitieren und noch dazu früher versterben, kommt die Arbeitsgruppe um Brause [18] in einer aktuellen Studie zu dem Schluss, dass der Migrationshintergrund unabhängig vom sozioökonomischen Status ein bedeutsamer Faktor zur Erklärung unterschiedlicher Rehabilitationsergebnisse bei Patienten mit und ohne Migrationshintergrund ist.

Vor dem Hintergrund dieses Widerspruchs wird der kombinierte Einfluss von Schichtmerkmalen und Migrationshintergrund auf das Behandlungsergebnis der psychosomatischen Rehabilitation untersucht.

Methodik

Stichprobe

Die für die vorliegende Untersuchung verwendeten Daten entstammen einer Vollerhebung aller behandelten Patienten in der psychosomatischen Fachklinik Rehasentrum Oberharz im Rahmen der Routinediagnostik. Die Patienten wurden mittels eines Fragebogens zu ihrem Gesundheitszustand, ihren beruflichen Problemen und zu ihrem kulturellen Hintergrund befragt. Das Rehasentrum Oberharz wird fast ausschließlich von Regionalträgern der Deutschen Rentenversicherung belegt.

Zur Identifikation von Personen mit Migrationshintergrund hat sich im wissenschaftlichen Kontext die Definition von Schenk et al. [4] bewährt. Sie zählt zur Gruppe der Personen mit Migrationshintergrund diejenigen, bei denen beide Elternteile in einem anderen Land geboren wurden, ebenso wie diejenigen, die nicht seit ihrer Geburt in Deutschland leben und von denen mindestens ein Elternteil ebenfalls nicht in Deutschland geboren ist und auch die Personen, die nicht Deutsch als Muttersprache sprechen.

Instrumente

Für die Fragestellung der vorliegenden Studie wurden die im Folgenden näher dargestellten Instrumente ausgewertet.

Der HEALTH-49 (Multidimensionale Messung psychosozialer Gesundheit) [19] ist ein umfassendes, generisches und ökonomisches Instrument zur konsistenten Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit. Es umfasst 49 Items, die 9 Skalen zuzuordnen sind: somatoforme Beschwerden, Depressivität, phobische Ängste, psychisches Wohlbefinden, interaktionelle Schwierigkeiten, Selbstwirksamkeit, Aktivität und Partizipation, soziale Unterstützung und soziale Belastung. Das Instrument hat einen modularen Aufbau und es können dadurch sowohl das Gesamtinstrument, als auch einzelne ausgewählte Module eingesetzt werden. Reliabilität und Validität sind überprüft. Die interne Konsistenz (cronbachs alpha) der Skalen liegt zwischen 0,76

Tab. 1 Schichtindex [3].

| Schulbildung | Berufsstatus | Einkommen |
|-----------------------------------|--------------------------------------|-----------------|
| kein Abschluss, Hauptschule | Arbeiter, einfache Lehre, arbeitslos | unter 1500 Euro |
| 1 Punkt | 1 Punkt | 1 Punkt |
| Realschule, Fachabitur | Angestellte, Beamte | 1500-3000 Euro |
| 2 Punkte | 2 Punkte | 2 Punkte |
| Abitur, Allgemeine Hochschulreife | Selbstständige | über 3000 Euro |
| 3 Punkte | 3 Punkte | 3 Punkte |

und 0,91. Die Veränderungssensitivität wird zwischen 0,34 und 1,21 standardisierten Effektstärken angegeben. Einschränkung ist, dass der Health49 bisher noch nicht an einer Stichprobe mit Migrationshintergrund validiert worden ist und zum Zeitpunkt unserer Studie keine fremdsprachliche Version (z.B. türkisch) existierte.

Anhand der Fragebogen zur subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit (SPE) [20] lässt sich mittels eines Cut-Off-Wertes jeweils eine Gruppe mit einer negativen und einer positiven subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit bilden. Für Rehabilitanden mit einer negativen Prognose der Erwerbstätigkeit gilt, dass das Risiko, aus dem Erwerbsleben in den nächsten 5 Jahren auszuscheiden, ohne eine individuelle, auf ihre arbeitsplatzbezogenen Probleme zugeschnittene Betreuung, signifikant erhöht ist. Die Skala besitzt eine sehr gute interne Konsistenz ($\alpha = 0,99$) und eine gute prädiktive Validität.

Zur Bestimmung der sozioökonomischen Situation der Patienten wurde ein vertikaler Schichtindex anhand der Merkmale Schulbildung, Berufsstatus und Einkommen konstruiert (Tab. 1; [3]). Mittels dieser Einteilung lässt sich ein Schichtindex von 3 (ungünstigste Soziallage) bis 9 (günstigste Soziallage) errechnen. Patienten, die unter 5 Punkte erhalten, werden der Gruppe A (Unterschicht), Patienten, die 5 oder 6 Punkte erreichen, der Gruppe B (Mittelschicht) und Patienten, die mehr als 6 Punkte erreichen, der Gruppe C zugeordnet (Oberschicht) [16].

Statistik

Die Untersuchung folgte einem 3-faktoriellen, jeweils 2-stufigen varianzanalytischen Messwiederholungsdesign mit Bonferroni-Korrektur, in dem der erste Faktor durch die Messwiederholung (Aufnahme und Entlassung aus der Rehabilitation) sowie der zweite und dritte Faktor durch den Migrationshintergrund (Migrationshintergrund vs. kein Migrationshintergrund) und den Schichtindex (Unterschicht vs. Mittel-/Oberschicht) gebildet wurden. Weiter wurden T-Tests und Chi-Quadrat-Tests gerechnet.

Ergebnisse

Beschreibung der Stichprobe

Da es sich um eine Vollerhebung im Rahmen der Routinediagnostik im Rehasitationszentrum Oberharz handelte, gingen alle Patienten in die Untersuchung ein, deren Daten (Fragebögen und Entlassungsberichte) zum Zeitpunkt der Erhebung vollständig vorlagen.

Migranten und Deutsche unterschieden sich nicht im Alter, in der Geschlechterverteilung, der Schichtzugehörigkeit und der Behandlungsdauer. Rehabilitanden mit Migrationshintergrund wiesen signifikant häufiger eine negative subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit auf als die Rehabilitanden ohne Migra-

Tab. 2 Soziodemografische Merkmale der Stichprobe.

| Soziodemografische und weitere Merkmale der Stichprobe | | | |
|--|-------------------|-------------------|---|
| | Deutsche n=290 | Migranten n=91 | p |
| Alter | | | |
| | 47,3 ± 7,5 | 45,8 ± 9,0 | T = 1,6 p = 0,10 |
| Geschlecht | | | |
| männlich | 46,9% | 41,8% | X ² = 0,737 df = 1 p = 0,391 |
| weiblich | 53,1% | 58,2% | |
| Schichtzugehörigkeit | | | |
| Unterschicht | 64,6% | 71,1% | X ² = 3,305 df = 1 p = 0,253 |
| Mittel- und Oberschicht | 35,4% | 28,9% | |
| Diagnosen | | | |
| Depression | 41,7% | 42,9% | X ² = 11,356 df = 5 |
| Angst | 9,0% | 14,3% | |
| Anpassungsstörungen | 23,4% | 23,1% | p = 0,045 phi = 0,17 |
| somatoforme Störungen | 4,5% | 9,9% | |
| Neurasthenie | 16,2% | 5,5% | p = 0,04 phi = 0,10 |
| sonstige | 5,2% | 4,4% | |
| subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit | | | |
| nicht gefährdet | 67,0% | 55,0% | X ² = 3,52 df = 1 p = 0,04 phi = 0,10 |
| gefährdet | 33,0% | 45,0% | |
| Arbeitsfähigkeit vor Aufnahme | | | |
| unter 4 Wochen | 51,9% | 34,8% | X ² = 7,946 df = 1 p = 0,005 phi = 0,15 |
| über 4 Wochen | 48,1% | 65,2% | |
| Arbeitsfähigkeit bei Entlassung | | | |
| Arbeitsfähig | 81,5% | 84,6% | X ² = 0,47 df = 1 p = 0,30 |
| Arbeitsunfähig | 18,5% | 15,4% | |
| Leistungsvermögen für die letzte berufliche Tätigkeit | | | |
| mehr als 6 Stunden | 89,7% | 89,0% | X ² = 0,74 df = 2 p = 0,6 |
| 3–6 Stunden | 0,3% | 1,1% | |
| unter 3 Stunden | 10,0% | 9,9% | X ² = 2,3 df = 2 p = 0,32 |
| mehr als 6 Stunden | 99,0% | 96,7% | |
| 3–6 Stunden | 0,7% | 2,2% | p = 0,32 |
| unter 3 Stunden | 0,3% | 1,1% | |

tionshintergrund und waren zu Beginn der Behandlung auch schon deutlich länger arbeitsunfähig. Patienten ohne Migrationshintergrund erhielten häufiger die Diagnose Neurasthenie, während der Anteil der Angst- und somatoformen Störungen bei den Patienten mit Migrationshintergrund erhöht war. Es gab keine Unterschiede hinsichtlich der Einschätzung des Leistungsvermögens für die letzte berufliche Tätigkeit oder für den allgemeinen Arbeitsmarkt am Ende der stationären Rehabilitation (Tab. 2).

Die Patienten wurden danach befragt, welcher Kultur sie sich am meisten verbunden fühlten. 66,7% der Patienten mit Migrationshintergrund fühlten sich der deutschen Kultur am meisten verbunden, 13,3% der türkischen, 5,6% der polnischen und 7,8% einer Kultur aus der russischen Föderation. 6,6% der Patienten mit Migrationshintergrund verteilten sich auf die Kulturen des ehemaligen Jugoslawiens, des Mittelmeerraums oder weiterer Kulturen.

Die Gesamtgruppe der Rehabilitanden konnte sich während der stationären Rehabilitation auf allen Skalen der Health49 signifi-

kant verbessern. Ein Unterschied im Behandlungserfolg zwischen Rehabilitanden mit und ohne Migrationshintergrund konnte lediglich für die Skala Selbstwirksamkeit, sowie für die Skala psychisches Wohlbefinden nachgewiesen werden. In beiden Wirkungsbereichen konnten sich die Rehabilitanden mit Migrationshintergrund nicht in dem Ausmaß verbessern wie die Rehabilitanden ohne Migrationshintergrund.

Demgegenüber konnte für alle Skalen des Health49, ausgenommen die Skala Selbstwirksamkeit, ein signifikanter Unterschied zwischen Rehabilitanden aus der sozialen Unterschicht und Rehabilitanden aus der Mittel-/Oberschicht nachgewiesen werden. Es fand sich jedoch keine Wechselwirkung zwischen der Veränderung während der medizinischen Rehabilitation (Zeitfaktor), der Schichtzugehörigkeit und dem Migrationshintergrund (Tab. 3).

Diskussion

Auf deskriptiver Ebene fanden sich in unserer Stichprobe keine Unterschiede in der Geschlechterverteilung, dem Alter und der Schichtzugehörigkeit zwischen Migranten und Deutschen. Dies ist zwar in Anbetracht der Beobachtung, dass Migranten häufiger über einen niedrigeren sozialen Status verfügen, überraschend, lässt sich jedoch durch die Stichprobe dieser Studie erklären. Da es sich um Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover handelt (ehemals LVA), waren Angehörige der Unterschicht verstärkt vertreten und es lag eine geringere Streuung der Schichtzugehörigkeit vor. Dies stellt eine mögliche Erklärung dafür dar, dass sich Migranten und Deutsche nicht signifikant in ihrer Schichtzugehörigkeit unterscheiden. Mit 23,9% war der Anteil der Patienten mit Migrationshintergrund etwas höher als in der Gesamtbevölkerung [1], was bestätigt, dass sich in den sozial niedrigeren Schichten mehr Personen mit Migrationshintergrund finden, als in den höheren sozialen Schichten.

Signifikante Unterschiede fanden sich auf deskriptiver Ebene bei den Arbeitsunfähigkeitszeiten vor Antritt der Rehabilitationsbehandlung. Die Patienten mit Migrationshintergrund waren vor Antritt der Heilbehandlung schon länger arbeitsunfähig. Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist laut Mösko et al. [11] ein potentieller Confounder im Rahmen der psychosomatischen Rehabilitation. Patienten mit Arbeitsunfähigkeitszeiten mehr als 3 Monate im Jahr vor der stationären Rehabilitation profitieren deutlich schlechter von einer stationären psychosomatischen Heilbehandlung. Die Länge der Arbeitsunfähigkeit ist somit neben dem sozioökonomischen Status ein weiterer Hemmfaktor, von dem vor allem auch Rehabilitanden mit Migrationshintergrund betroffen sind und der der Wiedereingliederung ins Erwerbsleben nach der medizinischen Rehabilitation entgegensteht. Um einer weiteren Desintegration nach der medizinischen Rehabilitation entgegenzuwirken, ist gerade für Rehabilitanden, die lange Arbeitsunfähigkeitszeiten vor der Rehabilitation aufweisen und zusätzlich noch einer niedrigeren sozialen Schicht zugehören, ein individuelles Fallmanagement notwendig, um den in der medizinischen Rehabilitation begonnenen Prozess erfolgreich zuende zu führen.

Auch bei den Diagnosen fanden sich signifikante Unterschiede. Während Depressionen und Anpassungsstörungen bei den beiden Gruppen in etwa gleich verteilt waren, waren Angststörungen und somatoforme Störungen bei den Migranten häufiger vertreten. In Übereinstimmung damit wiesen die Migranten

Tab. 3 Ergebnisse der 3-faktoriellen Varianzanalyse (Health49).

| Skala | Gruppen n | Mt0 sd | Mt1 Sd | p Zeit (Veränderung Prä-Post) | Statistische Gruppenvergleiche | | |
|--|-------------------------------------|-------------|-------------|--|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| | | | | | Zeit – Migration | Zeit – Schicht | Zeit – Schicht – Migration |
| Health49 Depression | ohne Migrationshintergrund n=285 | 12,0 6,4 | 8,6 6,4 | F=60,7 df=1 | F=3,2 df=1 | F=4,1 df=1 | F=1,4 df=1 |
| | mit Migrationshintergrund n=88 | 12,3 6,1 | 10,5 6,7 | p<0,001 Eta ² =0,14 | p=0,08 | p=0,04 Eta ² =0,01 | p=0,238 |
| Health49 Angst | ohne Migrationshintergrund n=285 | 5,3 5,7 | 4,2 4,9 | F=19,9 df=1 | F=0,08 df=1 | F=7,3 df=1 | F=1,7 df=1 |
| | mit Migrationshintergrund n=89 | 6,6 5,7 | 5,9 5,6 | p<0,001 Eta ² =0,05 | p=0,78 | p=0,01 Eta ² =0,02 | p=0,188 |
| Health49 somatoforme Beschwerde | ohne Migrationshintergrund n=285 | 13,8 7,2 | 11,0 7,0 | F=37,4 df=1 | F=2,1 df=1 | F=3,4 df=1 | F=0,05 df=1 |
| | mit Migrationshintergrund n=88 | 16,1 6,2 | 14,5 7,4 | p<0,000 Eta ² =0,09 | p=0,14 | p=0,07 Eta ² =0,05 | p=0,830 |
| Health49 Aktivität und Partizipation | ohne Migrationshintergrund n=285 | 12,6 4,9 | 10,7 5,2 | F=19,0 df=1 | F=2,5 df=1 | F=9,7 df=1 | F=2,3 df=1 |
| | mit Migrationshintergrund n=88 | 12,1 4,5 | 11,9 5,3 | p<0,001 Eta ² =0,05 | p=0,11 | p=0,00 Eta ² =0,03 | p=0,13 |
| Health49 Selbstwirk- samkeit | ohne Migrationshintergrund n=282 | 11,1 4,5 | 9,0 4,8 | F=16,7 df=1 | F=8,4 df=1 | F=0,10 df=1 | F=2,3 df=1 |
| | mit Migrationshintergrund n=89 | 10,2 5,0 | 9,6 4,4 | p<0,001 Eta ² =0,04 | p=0,004 Eta ² =0,02 | p=0,75 | p=0,13 |
| Health49 Interaktionelle Schwierigkeit | ohne Migrationshintergrund n=282 | 13,9 6,9 | 10,8 6,6 | F=31,0 df=1 | F=3,4 df=1 | F=4,3 df=1 | F=0,70 df=1 |
| | mit Migrationshintergrund n=89 | 12,6 7,0 | 11,5 6,7 | p<0,001 Eta ² =0,08 | p=0,07 | p=0,04 Eta ² =0,01 | p=0,4 |
| Health49 psychisches Wohlbefinden | ohne Migrationshintergrund n=283 | 13,8 3,8 | 9,4 4,6 | F=204,5 df=1 | F=8,8 df=1 | F=5,9 df=1 | F=2,1 df=1 |
| | mit Migrationshintergrund n=88 | 13,7 3,6 | 10,8 4,5 | p<0,001 Eta ² =0,36 | p=0,02 Eta ² =0,08 | p=0,02 Eta ² =0,02 | p=0,15 |

auch einen signifikant höheren Ausgangswert auf der Skala „Somatoforme Beschwerden“ des Health49 auf. Der größte Unterschied fand sich jedoch bei der Diagnose der Neurasthenie, welche bei den deutschen Patienten deutlich häufiger vergeben wurde. Der hohe Anteil der Diagnose Neurasthenie [21] weist auf die Bedeutung der Erschöpfung in der medizinischen Rehabilitation hin, auch wenn diese Diagnose keine ausreichende Grundlage zur Gewährung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation rechtfertigt. Die aktuelle Diskussion um „Burn-out“ in der Arbeitswelt weist jedoch nicht nur auf die Unschärfe der Begrifflichkeiten hin, sondern unterstreicht ebenso die Bedeutung des Phänomens Erschöpfung [22].

Es konnten kleine bis mittlere Effekte in der Veränderungsmessung auf Skalenebene gesichert werden, wobei sich in den Varianzen der Mittelwertdifferenzen keine Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Migrationshintergrund finden ließen. Lediglich das Selbstwirksamkeitserleben und das globale Maß zum psychischen Wohlbefinden zeigte Gruppenunterschiede in den Veränderungen durch die medizinische Rehabilitation. Die geringeren Veränderungen bez. der Selbstwirksamkeit lässt möglicherweise auf passive Behandlungs- und Fortschrittserwartungen schließen, die bei Migranten deutlicher ausgeprägt sind als bei Deutschen [8].

Es muss jedoch berücksichtigt werden, dass sich zwei Drittel der Rehabilitanden mit Migrationshintergrund der deutschen Kultur verbunden fühlte, sodass generell diskutiert werden muss, welchen Einfluss der Migrationshintergrund noch hat, wenn sich der kulturelle Hintergrund bereits angepasst hat. Die

Arbeitsgruppe um Brause hatte mittels eines Namensalgorithmus ausschließlich türkischstämmige Migranten in ihre Studie aufgenommen, konnte jedoch andererseits weder das Behandlungsergebnis außerhalb der oft nicht validen Kategorien des Rehaentlassungsberichts, noch die Schichtzugehörigkeit befriedigend operationalisieren. Dass die Veränderungen auf Skalenebene mehr von den Schichtunterschieden als vom Migrationshintergrund abhängig waren, widerspricht den Ergebnissen der Studie von Brause. Die voneinander abweichende Methodik der Stichprobenziehung sowie die unterschiedliche Datengrundlage zur Definition des Migrationshintergrundes und des Behandlungsergebnisses können jedoch diesen Widerspruch aufklären. Das Ergebnis unserer Studie weist darauf hin, dass der sozioökonomische Faktor eine bedeutende Rolle bei der Wirksamkeit der psychosomatischen Rehabilitation spielt. Die fehlende Interaktion zwischen Schichtzugehörigkeit und Migrationshintergrund zeigt, dass soziale Ungleichheit kulturübergreifend ein zentraler Faktor dafür darstellt, ob therapeutische Interventionen zielführend sind oder nicht. Dass eine kulturzensible Gestaltung der Rehabilitation notwendig ist, ist unbestritten [23]. Die Berücksichtigung wichtiger Persönlichkeits- und Umweltfaktoren, die prägend für den sozioökonomischen Status des Patienten sind, ist jedoch gleichermaßen in der Vorbereitung einer medizinischen Rehabilitation, in der medizinischen Rehabilitation selber, wie auch in der Nachsorge wichtig, um das Ziel der Rehabilitation, die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit und die Wiedereingliederung ins Arbeitsleben tatsächlich erreichen zu können. Darauf weist insbesondere der signifikante Unterschied in der subjek-

tiven Prognose der Erwerbstätigkeit zwischen Rehabilitanden mit und ohne Migrationshintergrund hin [24]. Auch wenn sich auf Skalenebene keine Unterschiede im Behandlungsergebnis finden lassen, wird möglicherweise der Katamnesezeitraum zu größeren Unterschieden führen, wenn es um die Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit und damit um die Erhöhung der Beitragszeiten aus versicherungspflichtiger Tätigkeit geht. Hier zeigen sich in einer in Vorbereitung befindlichen Studie bereits deutliche Unterschiede.

Interessenkonflikt



Es liegt kein Interessenkonflikt vor.

Literatur

- 1 Razum O, Zeeb H, Mezzmann U et al. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Migration und Gesundheit. Robert Koch-Institut; Berlin: 2008
- 2 Göbber J, Pfeiffer W, Winkler M et al. Stationäre psychosomatische Rehabilitationsbehandlung von Patienten mit türkischem Migrationshintergrund. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 2010; 58: 181–187
- 3 Nickel C, Łojewski N, Muchlbacher M et al. Behandlungsergebnisse stationärer psychosomatischer Rehabilitation bei türkischen Migranten: Eine prospektive Studie. *Gesundheitswesen* 2006; 68: 147–153
- 4 Schenk L, Rau A-M, Borde T et al. Mindestindikatorenansatz zur Erfassung des Migrationsstatus. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz* 2006; 49: 853–860
- 5 Schmeling-Kludaz C, Fröschlin R, Boll-Klatt A. Stationäre psychosomatische Rehabilitation für türkische Migranten: Was ist realisierbar, was ist erreichbar? *Die Rehabilitation* 2003; 42: 363–370
- 6 Brähler E, Petermann F, Rief W. Psychotherapie und Migration. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 2010; 58: 161–163
- 7 Kirmayer L, Sartorius N. Cultural Models and Somatic Syndromes. *Psychosomatic Medicine* 2007; 69: 832–840
- 8 Münch J, Rohner J. Psychosomatische Rehabilitation für Patienten mit Migrationshintergrund. In: Machleidt W, Heinz A, Hrsg. *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie*. München: Urban u. Fischer; 2011; 435–446
- 9 Yagdiran O, Kleinemeier E, Haazen C. Psychische Störungen bei Migranten – Spezifische Stressoren sind bedeutsam. *Der Neurologe und Psychiater* 2003; 10: 32–35
- 10 Koch U, Petermann F. Innovationen in der medizinischen Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz* 2011; 54: 401–403
- 11 Mózko M, Prödel S, Schulz H. Die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in der psychosomatischen Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt* 2011; 54: 465–474
- 12 Aichberger C, Neuner B, Hopke U et al. Der Zusammenhang zwischen Migrationsstatus und depressiven Symptomen in der älteren Bevölkerung in Deutschland. *Psychiatr Prax* 2012; 39: 116–121
- 13 Höhne A, Schubert M. Vom Healthy Migrant Effect zur gesundheitsbedingten Frühberentung. *Erwerbsminderungsrenten bei Migranten in Deutschland*. DRV-Schriften 2007; 55: 103–125
- 14 Deck R. Soziale Ungleichheit in der medizinischen Rehabilitation. *Gesundheitswesen* 2008; 70: 582–589
- 15 Steffanowicz A, Löschmann C, Schmidt J et al. *Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation*. Berlin: Huber; 2007
- 16 Kobelt A, Lieverscheidt B, Grosch E et al. Ambulante psychosomatische Nachsorge und soziale Ungleichheit. Eine katamnestiche Studie vor dem Hintergrund überwunden geglaubter Schichtspezifität. *Der Psychotherapeut* 2010; 55: 43–48
- 17 Richter M, Hurrelmann K. Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen. In: Richter M, Hurrelmann K, Hrsg. *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2009; 12–34
- 18 Brauze M, Rautin B, Razum T et al. Rehabilitationserfolg bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund – Eine Auswertung von Routinedaten der Deutschen Rentenversicherungen Rheinland und Westfalen. *Rehabilitation* 2012; 51: 282–288
- 19 Rabung S, Harfit T, Kawzki S et al. Psychometrische Überprüfung einer verkürzten Version der „Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH-49)“. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 2009; 55: 162–179
- 20 Mittag O, Rätze H. Eine kurze Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit: Ergebnisse einer Untersuchung an 4279 Mitgliedern der gesetzlichen Arbeiterrentenversicherung zu Reliabilität (Guttman-Skalierung) und Validität der Skala. *Die Rehabilitation* 2003; 42: 169–174
- 21 Kirmayer L, Sartorius N. Cultural Models and Somatic Syndromes. *Psychosomatic Medicine* 2007; 69: 832–840
- 22 Bauer J. *Arbeit. Warum unser Glück von ihr abhängt und wie sie uns krank macht*. München: Blessing; 2013
- 23 Göbber J, Petermann F, Kobelt A. Evaluation einer kulturoffenen prästationären Informationsveranstaltung vor psychosomatischer Rehabilitation. *Phys Med Rehab Kuror* 2012; 22: 329–335
- 24 Kobelt A, Winkler M, Göbber J et al. Hängt die subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit vom Migrationsstatus ab? *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 2010; 58: 189–197

Anhang C: Stationäre psychosomatische Rehabilitationsbehandlung von Patienten mit türkischem Migrationshintergrund.

Göbber, J., Pfeiffer, W., Winkler, M., Kobelt, A. & Petermann, F. (2010). Stationäre psychosomatische Rehabilitationsbehandlung von Patienten mit türkischem Migrationshintergrund. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58, 181-187.

Der Abdruck der Publikation erfolgt mit freundlicher Genehmigung der Verlag Hans Huber – Hogrefe AG, Bern.

Themenschwerpunkt

Stationäre psychosomatische Rehabilitationsbehandlung von Patienten mit türkischem Migrationshintergrund

Spezielle Herausforderungen und Ergebnisse der Behandlung

Julia Göbber¹, Wolfgang Pfeiffer², Michael Winkler²,
Axel Kobelt³ und Franz Petermann¹

¹Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen, ²Klinik am Hasenbach, Clausthal-Zellerfeld, ³Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

Zusammenfassung. Die Behandlung von Patienten mit Migrationshintergrund gewinnt im Kontext psychosomatischer Rehabilitation zunehmend an Bedeutung. Dabei stellt die Gruppe der türkischstämmigen Personen die größte Migrantengruppe dar. Erste Befunde weisen den Faktor Migrationshintergrund als negativen Prädiktor des Behandlungserfolges aus, die spezifischen Hemm- und Förderfaktoren dieser Patientengruppe sind jedoch nur unzureichend untersucht. Der vorliegende Beitrag klärt anhand einer Stichprobe von 521 Patienten einer psychosomatischen Rehabilitationseinrichtung, ob sich deutsch- und türkischstämmige Patienten in Bezug auf Ausgangsvoraussetzungen sowie Behandlungserwartungen und -erfolg unterscheiden. Hierbei zeigt sich, dass die türkische Migrantengruppe nicht nur schlechtere Behandlungsergebnisse aufweist als die deutsche Kontrollgruppe, sondern sich auch in den Störungsbildern und nahezu allen Ausgangsbedingungen unterscheidet (z. B. bildungs- und erwerbsbezogenen Angaben, den Lebensformen und Rentenbestrebungen).

Schlüsselwörter: Migration, psychosomatische Rehabilitation, psychische Störungen, Migrationshintergrund, Erwerbsminderung

Inpatient Health Care Treatment for Patients of Turkish Descent – Special Challenges and Treatment Results

Abstract. Treatment of patients with migration background is gaining in importance, at the same time people of Turkish descent represent the major group of immigrants. First results identify the factor migration background as a negative predictor of therapeutic outcome, however specific contextual factors (barriers and facilitators) of these patient groups are still inadequately researched. Using a random sample of 521 inpatients from a psychosomatic rehabilitation centre the present study investigates as to what extent German inpatients differ from inpatients with a Turkish background regarding basic conditions as well as treatment expectations and treatment results. The results clearly indicate that the Turkish inpatients show not only inferior effective treatment results than the German group but also differ in mental disorders and nearly all starting conditions (e.g., primary and professional education, lifestyle and pension ambitions).

Keywords: migration, psychosomatic rehabilitation, mental-health problem, migration background, reduction in earning capacity

Hintergrund

Der Anteil der in Deutschland lebenden Personen mit Migrationshintergrund wird auf rund 20 % geschätzt, dies entspricht 15 Mio. Menschen. Im Laufe der nächsten Jahre wird

dieser Anteil noch stetig steigen (Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, 2009). Damit stellen die Personen mit Migrationshintergrund keine Minorität oder ein Randphänomen der Gesellschaft, sondern eine immer wichtiger werdende Bevölkerungsgruppe dar. In Anbetracht dieser Entwick-

lung ist die Betrachtung von Personen mit Migrationshintergrund auch zunehmend in das Interesse der Versorgungsforschung gerückt. Eine einheitliche Definition, wer zu der Gruppe der Personen mit Migrationshintergrund zählt, gibt es noch nicht. Im wissenschaftlichen Kontext hat sich jedoch die Definition von Schenk et al. (2006) bewährt. Nach dieser Definition gehören zu der Gruppe der Personen mit Migrationshintergrund diejenigen, bei denen beide Elternteile in einem anderen Land geboren wurden, ebenso wie diejenigen, die nicht seit ihrer Geburt in Deutschland leben und von denen mindestens ein Elternteil ebenfalls nicht in Deutschland geboren ist und auch die Personen, die nicht Deutsch als Muttersprache sprechen. Zu den wichtigsten Herkunftsländern zählen in Deutschland die Türkei, Polen, die Russische Föderation und die Mittelmeerstaaten (Statistisches Bundesamt, 2007).

Für die psychische Morbidität von Migranten in Deutschland liegen keine konkreten epidemiologischen Daten vor, aber die Untersuchung einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Allgemeinbevölkerung zeigt keine signifikanten Unterschiede in den Prävalenzen psychischer Störungen bei Personen mit Migrationshintergrund und ohne Migrationshintergrund (Glaesmer et al., 2009). Maier (2008) berichtet jedoch in einer Analyse zur rehabilitativen Versorgung von Migranten in Deutschland von einer steigenden Zahl von Rehabilitanden mit Migrationshintergrund einerseits und geringeren Rehabilitationserfolgen andererseits. Auch Möske, Schneider, Koch und Schulz (2008) betonen die hohe Bedeutung des Faktors Migrationshintergrund als einen negativen Prädiktor des Behandlungserfolgs. Die Behandlung von psychosomatisch erkrankten Patienten mit Migrationshintergrund ist oftmals problematisch (z. B. Rodewig, 2000) und die vermuteten Ursachen für die schlechteren Behandlungserfolge in der psychosomatischen Rehabilitation sind vielfältig. Sie liegen vor allem in Sprachschwierigkeiten, in kulturellen Unterschieden und damit verbunden in unterschiedlichen Lebensformen und Werten sowie in der Behandler-Patient-Interaktion (vgl. Brähler, Petermann & Rief, 2010). Aber auch eine stärkere Ausgangsbelastung der Patienten mit Migrationshintergrund und eine ungünstigere Ausgangssituation hinsichtlich einiger soziodemografischer Variablen werden als mögliche negative Einflussfaktoren diskutiert (Möske et al., 2008). Letztendlich spielen auch die oftmals abweichenden Erklärungsmodelle der Patienten mit Migrationshintergrund eine wichtige Rolle im Behandlungsverlauf (Kirmayer & Sartorius, 2007; Kleinman, 1980). Die Erklärungsmodelle, welche bei ausländischen Patienten außerhalb der normalen erwarteten Spannbreite liegen können, beeinflussen nicht nur die Wahrnehmung der Symptome und deren (Art der) Nennung, sondern auch die Vorstellungen über adäquate und akzeptierte Interventionen (Yagdiran, Kleinemeier & Haasen, 2003). Die Somatisierungsneigung nicht als klinisch im Vordergrund stehendes Störungsbild, sondern als Begleitsymptom bei anderen psychischen Störungen tritt bei Migranten möglicherweise ebenfalls häufiger auf. So fanden Diefenbacher und Heim

(1994), dass depressive türkische Patienten ein deutlich höheres Ausmaß an einer körperbezogenen Präsentation von Symptomen zeigen als deutsche depressive Patienten. Eine oftmals geringere Schulbildung vieler Patienten mit Migrationshintergrund kann neben Sprachdefiziten zusätzlich zu Verständnisschwierigkeiten in der Therapie führen und erhöht den Bedarf vermehrter psychoedukativer Elemente in psychosomatisch orientierten Interventionen (Göbber, Gündel, Henniger, Machleidt & Kimil, 2008).

Bei den Betroffenen mit Migrationserfahrung, bezogen auf die Haupteinwanderungsstaaten der Bundesrepublik Deutschland, spielt zudem das System – die (Groß-)Familie oder Gemeinschaft, auch die Glaubensgemeinschaft – eine hoch bedeutsame Rolle (Kizilhan, 2009). Bei einer mangelnden Berücksichtigung des Systems und dessen Bedeutung in der Behandlung kann es, auch bei Unkenntnis der sozialen und religiösen Gefüge, nicht selten zu Schwierigkeiten und einer Ablehnung gut gemeinter Behandlungs- und Rehabilitationspläne kommen, was dann von den Professionellen schnell als mangelnde Compliance interpretiert wird. Vielmehr ist es aber oftmals ein Zeichen einer mangelnden Bezugnahme auf die Lebensumstände und die subjektiven Erklärungsmodelle.

Auch wenn niemals von *dem* Patienten mit Migrationshintergrund gesprochen werden kann, handelt es sich dennoch um eine Versichertengruppe, die sich tendenziell durch Gemeinsamkeiten und Eigenschaften auszeichnet, welche ihre Erreichbarkeit durch aktuell vorhandene Behandlungsformen nicht optimal erscheinen lässt.

Erwerbsminderung bei Migranten mit psychischen Erkrankungen

Psychische Erkrankungen haben in Deutschland eine gleichbleibend hohe Bedeutung bei Anträgen auf Berentung wegen voller Erwerbsminderung, während der Anteil anderer Erkrankungen am Gesamtberentungsgeschehen wegen voller Erwerbsminderung kontinuierlich zurückgeht. Im Jahr 2007 lag der Anteil der Erwerbsminderungsrenten wegen psychischer Störungen gegenüber allen anderen Diagnosen bundesweit bei 31.7 %. Die psychischen Störungen bildeten 2003 sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen die Hauptdiagnosegruppe bei den Rentenzugängen bezogen auf die Gesamtpopulation. Betrachtet man die Populationen getrennt, so unterscheiden sich Deutsche und Migranten signifikant, was die Bedeutsamkeit von psychischen Störungen betrifft. Bei Migranten sind bei 33.9 % psychische Störungen Grund für eine Frühberentung, bei den deutschen Versicherten ist dies bei 28.7 % der Fall. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, die Betreuungslage bei den Versicherten mit Migrationshintergrund zu verbessern, ebenso wie das Ergebnis, dass das durchschnittliche Frühberentungsalter aufgrund von psychischen Krankheiten bei den türkischen Männern sogar rund 1.5 Jahre unter dem der deutschen Männer (deutsche Män-

ner: 47.5 Jahre, türkische Männer: 45.9 Jahre) liegt (Höhne & Schubert, 2007).

Der Migrationshintergrund als Kontextfaktor des ICF

In den letzten Jahren fand auch in der psychosomatischen Rehabilitation eine stärkere Orientierung auf Krankheitsfolgen im Sinne des ICF-Modells statt (Lange & Petermann, 2010; Petermann & Koch, 2009). Das ICF-Modell der WHO wird heute als zentrales Krankheitsmodell für die Rehabilitation angesehen (WHO, 2002). Es besagt, dass die Funktionsfähigkeit («Functioning») die Faktoren Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und die Teilhabe umfasst. Diese werden nicht nur durch die Krankheit selbst, sondern auch durch Kontextfaktoren beeinflusst, wobei unter Kontextfaktoren sowohl Umweltfaktoren (z. B. natürliche oder gebaute Umgebung, soziales Umfeld und Einstellungen der Gesellschaft) als auch personenbezogene Faktoren (z. B. Alter, Geschlecht, Komorbiditäten) zusammengefasst werden. Dabei stehen alle diese Faktoren zueinander in komplexen Wechselbeziehungen und beeinflussen einander. Der Faktor Migrationshintergrund beinhaltet sowohl Umweltfaktoren (gesellschaftliche Normen, Lebensformen, Familienkonstellationen) als auch personenbezogene Kontextfaktoren (genetische Veranlagungen, persönliche Erfahrungen). Auch die Schichtzugehörigkeit gehört zu den Kontextfaktoren und Kobelt, Liewerscheidt, Grosch und Petermann (2010) zeigten, dass diese einen Einfluss auf den therapeutischen Erfolg hat. Wichtig ist, dass das ICF-Modell im Vergleich zum Vorgängermodell der ICIDH neutral formuliert ist, also nicht nur Einschränkungen, sondern auch das Potenzial der Funktionsfähigkeit mitabbildet. Konsequenterweise können daher die Kontextfaktoren jeweils als Förderfaktoren oder Barrieren beschrieben werden. Dies sollte auch beim Faktor Migrationshintergrund berücksichtigt werden und mögliche Förderfaktoren, die mit dem Migrationshintergrund verbunden sind (familiäre Unterstützung, Glauben), identifiziert werden.

Fragestellung und methodisches Vorgehen

Fragestellung

Der aktuelle Forschungsstand belegt die klinische und gesellschaftliche Relevanz der rehabilitativen Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund, die unter psychischen Störungen leiden. Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, zu klären, ob sich die Ergebnisse einer schlechteren therapeutischen Erreichbarkeit von Patienten mit Migrationshintergrund bestätigen lassen. Dabei soll die Erreichbarkeit im Sinne des Behandlungserfolges im Rahmen dieser Studie auch anhand sozialmedizinisch relevanter Parameter (u. a. Leistungsbild) erfasst werden und über-

prüft werden, ob sich in diesen Variablen Unterschiede zeigen. Weiter soll im Sinne des ICF-Modells untersucht werden, ob Unterschiede in den Kontextfaktoren zwischen Patienten mit und ohne Migrationshintergrund vorliegen.

Auswahl der Migrantenstichprobe

Bei den Personen mit Migrationshintergrund handelt es sich um eine heterogene Gruppe. Je nach Herkunftskultur sind die Patienten durch unterschiedliche Werte und Normen, kulturelle Besonderheiten und Krankheitsmodelle geprägt. In der vorliegenden Studie wurde die Gruppe der türkischstämmigen Migranten untersucht. Diese Gruppe stellt mit 19.8 % der ausländischen oder eingebürgerten Zuwanderer die größte Migrantenpopulation in Deutschland dar. Es handelt sich zudem um eine Gruppe, deren kulturelle, soziale, ökonomische und gesundheitsbezogene Unterschiede zur deutschen Bevölkerung Fragen der Inanspruchnahme und Bedarfsorientierung der medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen aufwerfen.

Methodik

Die Daten wurden mit Hilfe eines selbstentwickelten Fragebogens in der psychosomatischen Rehabilitationseinrichtung Klinik am Hasenbach erhoben. Die Fachklinik Hasenbach wird fast ausschließlich von Regionalträgern der Deutschen Rentenversicherung belegt. Der Fragebogen wurde stets vor der Entlassung vom behandelnden Arzt der Patienten ausgefüllt und vom leitenden Psychologen kontrolliert. Erhoben wurde dabei mittels Fremdeinschätzung des Patienten die folgenden Bereiche: demografische Angaben, migrationsbezogene Angaben (Geburtsland, Herkunftskultur, Sprachkenntnisse, Aufenthaltsdauer), Ausbildung, erwerbsbezogene Angaben, Rentenbezug und -orientierung, Behandlungserwartung, Behandlungsdauer, Entlassungsstatus, Leistungsbild und die Hauptdiagnosen. Die Daten der türkischstämmigen Patienten wurden im Zeitraum von September 2006 bis März 2009 erhoben. Es wurden dazu 170 Personen von den Behandlern eingeschätzt. Die Daten der deutschstämmigen Kontrollgruppe wurden von Mai 2008 bis September 2008 erhoben. Es wurden 351 Personen eingeschätzt. In den genannten Zeitintervallen wurden alle Patienten der jeweiligen Kultur einbezogen. Die Personen wurden der Gruppe «türkischstämmig» zugeordnet, wenn sie entweder selbst in der Türkei geboren waren und auch mindestens ein Elternteil im Ausland geboren war, wenn beide Eltern in der Türkei geboren waren oder wenn die Muttersprache nicht Deutsch war.

Statistische Analyse

Je nach Skalenniveau kamen die entsprechenden parametrischen (*t*-Test) oder nichtparametrischen Verfahren (χ^2 -

Test) zum Einsatz. Die Berechnungen wurden mit dem Programm «Statistical Package for the Social Sciences», Version 12.0 durchgeführt.

Ergebnisse

Stichprobe

Die deutsche Stichprobe war im Durchschnitt 46.8 Jahre alt, die türkischstämmigen Personen waren mit 45.2 Jahren im Durchschnitt etwas jünger. Damit unterschieden sich die Stichproben im Alter signifikant ($t = 1.962$; $df = 519$; $p = .050$). In der türkischstämmigen Stichprobe waren mit 61.2 % signifikant mehr weibliche Patienten als in der deutschen Stichprobe, dort waren 46.7 % der Patienten weiblich ($\chi^2 = 9.577$; $df = 1$; $p = .002$).

91.8 % der türkischstämmigen Patienten wurden nicht in Deutschland geboren, 97.6 % lebten schon zehn Jahre oder länger in Deutschland, 2.4 % lebten zwischen vier bis zehn Jahre in Deutschland. 61.2 % von Ihnen sprachen (fast) perfekt oder flüssig mit Fehlern Deutsch. 35.9 % sprachen nur gebrochen Deutsch und 2.9 % hatten (fast) keine Deutschkenntnisse. Bei 27 (15 %) türkischstämmigen Patienten gab es nach Einschätzung des behandelnden Arztes Übersetzungsbedarf in der Psychotherapie und bei 3 Patienten bestand Übersetzungsbedarf bei (fast) allen Anwendungen.

Lebensform

Die Patienten mit und ohne türkischen Migrationshintergrund unterscheiden sich signifikant in ihrem Familienstand und ihrer Lebensform. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Häufigkeiten. Es wird deutlich, dass die türkischstämmigen Patienten häufiger als die deutschen Patienten verheiratet sind und auch vermehrt im Familienverbund leben.

Bildungsstand und Arbeitslosigkeit

Wie in Tabelle 1 dargestellt, verfügen die türkischstämmigen Patienten häufiger nur über eine Schulbildung, die dem Grundschulniveau entspricht und sind am häufigsten ungelern oder angelernt. Die deutschen Versicherten haben öfter einen Hauptschul- oder Realschulabschluss und eine abgeschlossene Berufsausbildung. Signifikante Unterschiede zeigen sich auch bezogen auf die Arbeitslosigkeit bzw. deren Dauer. Die türkischstämmigen Versicherten sind mit 26.8 % häufiger über ein Jahr arbeitslos als die deutschen mit 7.6 %. Die kurzzeitige Arbeitslosigkeit von bis zu 12 Monaten ist bei den Patienten aus beiden Kulturen ähnlich verteilt (türkischstämmig: 7.9 %; deutschstämmig: 9.6 %). 82.8 % (deutsch) und 65.2 % (türkischstämmig) der Patienten haben einen Arbeitsplatz. Die gefundenen Unterschiede

Tabelle 1

Bildungsstand, Familienstand und Lebensform

| | türkisch- stämmig | deutsch- stämmig | <i>p</i> |
|-------------------------|----------------------|---------------------|--------------------|
| Schulbildung | | | |
| Grundschulniveau | 39.7 % | 3.5 % | $\chi^2 = 110.881$ |
| Hauptschulniveau | 42.4 % | 57.0 % | $df = 2$ |
| Realschule/Gymnasium | 17.9 % | 39.2 % | $p < .001$ |
| Berufsausbildung | | | |
| ungelernt | 35.3 % | 10.1 % | $\chi^2 = 201.079$ |
| angelernt | 45.9 % | 6.8 % | $df = 2$ |
| Abschluss | 18.8 % | 83.1 % | $p < .001$ |
| Familienstand | | | |
| ledig | 4.1 % | 17.4 % | $\chi^2 = 20.969$ |
| verheiratet | 71.8 % | 55.9 % | $df = 3$ |
| geschieden | 17.6 % | 21.2 % | $p < .001$ |
| verwitwet | 6.5 % | 5.5 % | |
| Lebensform | | | |
| allein | 21.8 % | 32.5 % | $\chi^2 = 32.663$ |
| mit Partner | 8.8 % | 23.9 % | $df = 2$ |
| mit Familie | 69.4 % | 43.7 % | $p < .001$ |

de im Vorhandensein bzw. der Dauer der Arbeitslosigkeit sind signifikant ($\chi^2 = 34.560$; $df = 2$; $p < .001$).

Störungsbilder

Die deutsch- und türkischstämmigen Patienten unterscheiden sich signifikant in ihren psychischen und somatischen Diagnosen. So sind bei den Migranten die depressiven Syndrome und somatoformen Störungen häufiger vertreten als bei den deutschen Patienten, während bei den deutschen Patienten das Erschöpfungssyndrom deutlich öfter diagnostiziert wird. Bei den somatischen Diagnosen sind die türkischstämmigen Patienten von allen Diagnosen häufiger betroffen (s. Tabelle 2).

Behandlungserwartung

In der Behandlungserwartung unterschieden sich die deutsch- und türkischstämmigen Patienten. Die türkischstämmigen Patienten äußerten häufiger den Wunsch nach geschlechtsspezifischen Therapieangeboten (12.5 % vs. 1.6 %; $\chi^2 = 24.598$; $df = 1$; $p < .001$). 80.6 % der türkischstämmigen Patienten hatten zudem den Wunsch nach kulturspezifischen Angeboten (dieses Item wurde nur für die türkischstämmigen Patienten erhoben). Die Gruppe der türkischstämmigen Patienten zeigte zudem häufiger eine intermistische (47.6 % vs. 32.5 %; $\chi^2 = 11.252$; $df = 1$; $p = .001$), eine physiotherapeutische (98.2 % vs. 71.8 %; $\chi^2 = 50.853$; $df = 1$; $p < .001$), eine psychiatrische (6.6 % vs. 30.6 %; $\chi^2 = 53.691$; $df = 1$; $p < .001$) und auch öfter eine

Tabelle 2
Diagnosen

| | deutsch- stämmig | türkisch- stämmig | p |
|--|---------------------|----------------------|---|
| Psychische Diagnosen | | | |
| Depressives Syndrom | 55.8 % | 82.4 % | $\chi^2 = 35.155$ $df = 1$ $p < .001$ |
| Angststörung | 20.2 % | 22.9 % | $\chi^2 = .506$ $df = 1$ $p = .477$ |
| Somatisierungsstörung allg. | 6.6 % | 15.9 % | $\chi^2 = 11.490$ $df = 1$ $p = .001$ |
| Somatoforme Schmerzstörung | 4.6 % | 12.9 % | $\chi^2 = 11.903$ $df = 1$ $p = .001$ |
| Erschöpfungssyndrom | 25.9 % | 5.3 % | $\chi^2 = 31.433$ $df = 1$ $p < .001$ |
| Somatische Diagnosen | | | |
| Herz-Kreislauf-Erkrankungen | 29.3 % | 38.2 % | $\chi^2 = 4.144$ $df = 1$ $p = .042$ |
| Stoffwechsel-Erkrankungen | 22.2 % | 64.7 % | $\chi^2 = 89.626$ $df = 1$ $p < .001$ |
| Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates | 74.6 % | 95.3 % | $\chi^2 = 32.233$ $df = 1$ $p < .001$ |
| Atemwegs-/Allergische Erkrankungen | 9.1 % | 17.6 % | $\chi^2 = 7.949$ $df = 1$ $p = .005$ |
| Magen-Darm-Erkrankungen | 5.1 % | 28.2 % | $\chi^2 = 55.275$ $df = 1$ $p < .001$ |

psychotherapeutische Behandlungserwartung (79.5 % vs. 97.1 %; $\chi^2 = 28.077$; $df = 1$; $p < .001$).

Arbeitsunfähigkeit

In der Dauer der Arbeitsunfähigkeit vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme unterschieden sich die beiden Gruppen signifikant ($\chi^2 = 70.343$; $df = 2$; $p < .001$). In der Gruppe der deutschstämmigen Versicherten war die Mehrheit bei Aufnahme arbeitsfähig (67.3 %). 20.8 % waren bis zu sechs Monate arbeitsunfähig und 11.9 % waren länger als sechs Monate arbeitsunfähig. In der türkischstämmigen Patientengruppe waren nur 29.5 % bei Aufnahme arbeitsfähig, 33.7 % waren bis zu sechs Monate arbeitsunfähig und 36.7 % waren bereits länger als sechs Monate arbeitsunfähig.

Rentenbezug und Rentenwunsch

In der Rentenorientierung zeigten sich ebenfalls deutliche Unterschiede zwischen den beiden Gruppen (vgl. Abbil-

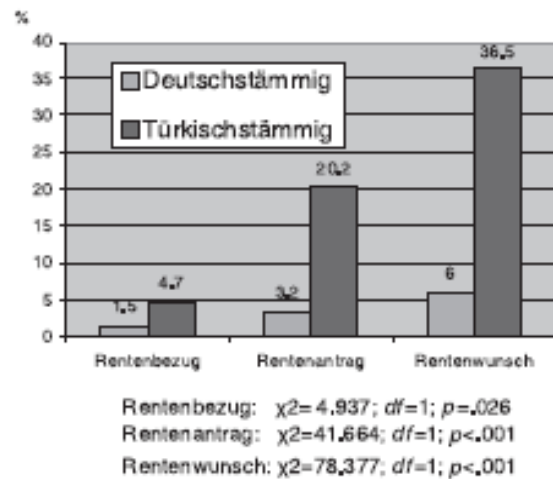
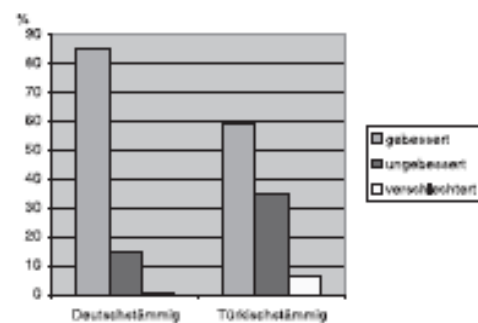


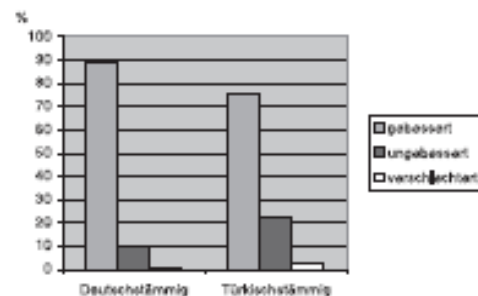
Abbildung 1. Rentenorientierung.

Entlassungsstatus Patientenurteil



$\chi^2 = 48,732$; $df = 2$; $p < ,001$

Entlassungsstatus Arzt-/Therapeutenurteil



$\chi^2 = 19,638$; $df = 2$; $p < ,001$

Abbildung 2. Entlassungsstatus.

dung 1). Für die Gruppe der türkischstämmigen Versicherten zeigt sich eine erkennbar höhere Rentenorientierung, gemessen an den Rentenanträgen, den Rentenwünschen und den bereits bezogenen Renten. Die gefundenen Unterschiede in allen drei Variablen sind signifikant.

Behandlungsergebnis

Die türkischstämmigen Patienten hatten mit 4.86 Wochen eine etwas kürzere Behandlungsdauer als die deutschstämmigen Patienten mit 5.1 Wochen ($t = 2.409$; $df = 519$; $p = .016$). In Abbildung 2 sind das Patientenurteil des Entlassungsstatus und das Arzturteil des Entlassungsstatus für die beiden Untersuchungsgruppen dargestellt. Die gefundenen Unterschiede waren in beiden Fällen signifikant. Die deutschen Patienten wurden zudem mit 85.2 % häufiger arbeitsfähig entlassen als die türkischstämmigen Patienten (60.7 %; $\chi^2 = 36.949$; $df = 2$; $p < .001$). Auch im Leistungsbild unterschieden sich die deutschen Patienten signifikant von den türkischstämmigen Patienten ($\chi^2 = 56.445$; $df = 2$; $p < .001$). Die deutschstämmige Gruppe zeigte in 58 % der Fälle bei der Entlassung ein Leistungsbild ohne wesentliche Einschränkungen, bei den türkischstämmigen Patienten war dies nur bei 22.8 % der Fall, hingegen zeigten 75.4 % ein Leistungsbild mit Einschränkungen (Deutsche: 40.6 %) und 1.8 % ein aufgehobenes Leistungsvermögen (Deutsche: 1.4 %). Die Einschränkungen im Leistungsvermögen spiegeln sich auch im Anteil der Patienten wider, die Empfehlungen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhielten (13.5 % der deutschstämmigen vs. 39.6 % der türkischstämmigen; $\chi^2 = 45.061$; $df = 1$; $p < .001$).

Diskussion

Die Ergebnisse zeigen deutliche Unterschiede zwischen der Gruppe der deutsch- und der türkischstämmigen Patienten. In nahezu allen untersuchten Variablen gibt es signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Dabei lassen sich die Unterschiede in den meisten Fällen eindeutig als solche interpretieren, die eine Behandlung von Patienten mit türkischem Migrationshintergrund zu einer besonderen Herausforderung machen.

Bei den Patienten mit Migrationshintergrund finden sich deutlich schlechtere Ausgangsvoraussetzungen und Kontextfaktoren – sie verfügen über ein geringeres schulisches und berufliches Bildungsniveau, sind häufiger langzeitarbeitslos und auch vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme schon länger arbeitsunfähig. Es liegen damit mehr hemmende Kontextfaktoren als bei den deutschen Patienten vor, die sich negativ auf die Wahrscheinlichkeit der Wiedereingliederung auswirken. Als möglicherweise fördernder Faktor kann gewertet werden, dass die türkischstämmigen Patienten häufiger im Familienverband leben und sel-

tener alleinstehend oder -lebend sind. Es bedarf jedoch einer genaueren Untersuchung, ob die familiäre Einbindung als hemmender oder fördernder Kontextfaktor gewertet werden sollte. In jedem Falle sollte jedoch das familiäre Umfeld, sei es als Ressource oder weil sich gegen ein hemmendes Umfeld abgegrenzt werden muss, in den therapeutischen Prozess mit einbezogen werden.

Auch bezogen auf die Diagnosen der beiden Patientengruppen zeigen sich deutliche Unterschiede. Im Bereich der somatischen Diagnosen sind alle somatischen Diagnosen bei der Migrantengruppe häufiger vertreten. Bei den psychischen Diagnosen zeigen sich erwartete Tendenzen, zumindest was die Neigung zu somatoformen Krankheitsbildern betrifft. Bei einer bereits in der Einleitung berichteten höheren Somatisierungseigung und einem ganzheitlicheren Körpererleben treten somatoforme Störungen bei Patienten aus traditionellen Kulturen häufiger auf. Schwierig ist sicherlich die Abgrenzung zu den offenkundig auch tatsächlich vorhandenen somatischen Diagnosen. Lediglich das «Erschöpfungssyndrom» erscheint als Beschwerdebild, das von den deutschen Patienten häufiger gezeigt wird und sich möglicherweise durch eine höhere Leistungsorientierung der deutschen Kultur erklären lässt, ebenso wie durch die geringere Arbeitslosigkeit bei den deutschen Patienten.

Auffällig ist auch, dass die türkischstämmigen Patienten in allen Behandlungsarten (psychotherapeutisch, internistisch etc.) häufiger angegeben haben, eine solche zu erwarten. Dies deutet darauf hin, dass diese Patientengruppe im Sinne des Erklärungsmodells nicht nur eine inhaltlich andere Erwartung besitzt, sondern sich vor allem mehr Behandlungen erhofft, also eine passivere Behandlungserwartung aufweist (vgl. Kobelt, Winkler, Göbber, Pfeiffer & Petermann, 2010). Es stellt sich hier die Frage, inwiefern auch diese abweichende Einstellung das Behandlungsergebnis durch eine geringere Eigeninitiative (mit) negativ beeinflusst. Entgegen der Vermutungen scheint die Verständigung kein solch zentrales Hemmnis zu sein, lediglich bei 15 % der Patienten mit Migrationshintergrund zeigte sich Dolmetscher-Bedarf. Die deutlich schlechteren Behandlungsergebnisse sind möglicherweise zu einem Teil auf die abweichenden Behandlungserwartungen zurückzuführen, ebenso sollten eine höhere Ausgangsbelastung und die schon erwähnten hemmenden Kontextfaktoren als mögliche Erklärungen herangezogen werden. Ein besonders kritischer Punkt ist jedoch der sehr viel höhere Rentenwunsch bei den Patienten mit Migrationshintergrund. Die bei einem Rentenwunsch deutlich geschwächte Veränderungs- und Therapiemotivation, gerade bei einer durch den Rentenversicherungsträger finanzierten Rehabilitationsmaßnahme, ist sicherlich ein wichtiger Faktor bei der Erklärung der geringeren Behandlungserfolge.

Der Frauenanteil war bei der Stichprobe der türkischstämmigen Patienten signifikant höher. Dadurch lässt sich möglicherweise erklären, dass bei der Migrantengruppe ein größerer Wunsch nach geschlechtsspezifischen Therapieangeboten bestand. Die ungleiche Geschlechterverteilung in den beiden Stichproben stellt einen möglichen Kritikpunkt der Studie dar. Da es sich in den jeweiligen angegebenen Zeiträumen in

der entsprechenden Rehabilitanden-Population um eine Vollerhebung gehandelt hat, wurde auf eine Parallelisierung verzichtet. Es bleibt ein mögliches Ziel weiterer Studien, festzustellen, ob die hemmenden Kontextfaktoren und die schlechteren Behandlungsergebnisse bei türkischen Migrantinnen möglicherweise besonders stark ausgeprägt sind.

Weiter sollte es auch das Ziel weiterer Studien sein, die Übertragbarkeit auf andere Migrantengruppen zu überprüfen. Perspektivisch wäre dann auf Basis der Erkenntnisse die Entwicklung von Interventionen wünschenswert, die auf die Besonderheiten der Rehabilitanden mit türkischem Migrationshintergrund eingehen.

Literatur

- Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. (Hrsg.). (2009). *Ungenutzte Potentiale. Zur Lage der Integration in Deutschland*. Köln: Gebrüder Kopp.
- Brähler, E., Petermann, F. & Rief, W. (2010). Psychotherapie und Migration. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58, 161–163.
- Diefenbacher, A. & Heim, G. (1994). Somatic symptoms in Turkish and German depressed patients. *Psychosomatic Medicine*, 56, 551–556.
- Glacser, H., Wittig, U., Brähler, E., Martin, A., Mewes, R. & Rief, W. (2009). Sind Migranten häufiger von psychischen Störungen betroffen? *Psychiatrische Praxis*, 36, 16–22.
- Göbber, J., Gündel, H., Henniger, S., Machleidt, W. & Kimil, A. (2008). Migration – Kulturelle Besonderheiten bei somatoformen Störungen. *Psychotherapie im Dialog*, 9, 265–271.
- Höhne, A. & Schubert, M. (2007). Vom Healthy Migrant Effect zur gesundheitsbedingten Frühberentung. Erwerbsminderungsrenten bei Migranten in Deutschland. *DRV-Schriften*, 55, 103–125.
- Kirmayer, L. & Sartorius, N. (2007). Cultural models and somatic syndromes. *Psychosomatic Medicine*, 69, 832–840.
- Kizilhan, J. I. (2009). Interkulturelle Aspekte bei der Behandlung somatoformer Störungen. *Psychotherapeut*, 54, 281–288.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.
- Kobelt, A., Lieverscheidt, B., Grosch, E. & Petermann, F. (2010). Ambulante psychosomatische Nachsorge und soziale Ungleichheit. *Psychotherapeut*, 55, 43–48.
- Kobelt, A., Winkler, M., Göbber, J., Pfeiffer, W. & Petermann, F. (2010). Hängt die subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit vom Migrationsstatus ab? *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58, 189–197.
- Lange, M. & Petermann, F. (2010). Psychosomatische Rehabilitation. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58, 207–217.
- Maier, C. (2008). *Migration und rehabilitative Versorgung in Deutschland*. Verfügbar unter: <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/zfv/maier.pdf>.
- Möske, M., Schneider, J., Koch, U. & Schulz, H. (2008). Beeinflusst der türkische Migrationshintergrund das Behandlungsergebnis? *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 58, 176–182.
- Petermann, F. & Koch, U. (2009). Psychosomatische Rehabilitation: Quo vadis? *Rehabilitation*, 48, 257–262.
- Rodewig, K. (2000). Stationäre psychosomatische Rehabilitation von Migranten aus der Türkei. *Psychotherapeut*, 45, 350–355.
- Schenk, L., Bau, A.-M., Borde, T., Butler, J., Lampert, T., Neuhäuser, H. et al. (2006). Mindestindikatorenansatz zur Erfassung des Migrationsstatus. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 49, 853–860.
- Statistisches Bundesamt. (2007). *Mikrozensus 2007*. Verfügbar unter: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Qualitaetsberichte/Mikrozensus/Mikrozensus2007.property= file.pdf>.
- WHO. (2002). *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. Geneva: Author.
- Yagdiran, O., Kleinmeier, E. & Haasen, C. (2003). Psychische Störungen bei Migranten – Spezifische Stressoren sind bedeutsam. *Der Neurologe und Psychiater*, 10, 32–35.

Dipl.-Psych. Julia Göbber
Prof. Dr. Franz Petermann

Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation
Universität Bremen
Grazer Straße 2 & 6
D-28359 Bremen
E-Mail: julia.goebber@drv-bsh.de

Dr. Wolfgang Pfeiffer
Dr. Michael Winkler

Rehazentrum Oberharz, Klinik Am Hasenbach
Schwarzenbacher Str. 19–21
D-38678 Clausthal-Zellerfeld
E-Mail: wolfgang.pfeiffer@rehazentrum-oberharz.de

Dr. Axel Kobelt

Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover
Lange Weihe 2–4
D-30880 Lantzen
E-Mail: axel.kobelt@drv-bsh.de

Anhang D: Beschwerdvalidierung bei Rehabilitanden mit Migrationshintergrund in der Psychosomatik.

Göbber, J., Petermann, F., Piegza, M. & Kobelt, A. (2012). Beschwerdvalidierung bei Rehabilitanden mit Migrationshintergrund in der Psychosomatik. *Die Rehabilitation*, 51, 356-364.

Der Abdruck der Publikation erfolgt mit freundlicher Genehmigung der Georg Thieme Verlags KG, Stuttgart.

Beschwerdvalidierung bei Rehabilitanden mit Migrationshintergrund in der Psychosomatik

Symptom Validation in Patients with Migration Background in Psychosomatic Medicine

Autoren J. Göbber¹, F. Petermann¹, M. Plogza², A. Kobelt^{1,2}

Institute ¹Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen
²Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, Hannover

Schlüsselwörter

- Beschwerdvalidierung
- psychosomatische Rehabilitation
- Migrationshintergrund
- Migranten
- Simulation

Key words

- symptom validation
- psychosomatic rehabilitation
- migration background
- immigrants
- simulation

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1323669>
Rehabilitation 2012;
51: 356–364
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York
ISSN 0034-3536

Korrespondenzadresse

Julia Göbber
Zentrum für Klinische
Psychologie und Rehabilitation
Universität Bremen
Grazer Straße 2+6
28359 Bremen
goebber@psi-l.com

Zusammenfassung

Ziel der Studie: Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, Unterschiede im Auftreten invalider Symptomdarstellungen bei medizinischen Rehabilitanden mit und ohne Migrationshintergrund zu untersuchen. Es sollen Faktoren bestimmt werden, die das Auftreten invalider Symptomdarstellungen vorhersagen.

Methodik: Bei 457 deutschstämmigen Versicherten und 138 Versicherten mit Migrationshintergrund wurde vor Beginn der Rehabilitationsbehandlung mithilfe einer Fragebogenbatterie (Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome – SFSS, L-Skala (Minnesota Multiphasic Personality Inventory – MMPI-2), Health-49, subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit – SPE) ein Screening der Beschwerdvalidität durchgeführt.

Ergebnisse: Bei 33% der deutschen Versicherten und 50% der Versicherten mit Migrationshintergrund zeigten sich Hinweise auf invalide Symptomdarstellungen gemessen mit dem SFSS. Der im Health-49 erreichte Wert hat von den untersuchten Faktoren die höchste Vorhersagekraft, gefolgt von der Schichtzugehörigkeit und dem Geschlecht.

Schlussfolgerung: Migranten zeigen zwar mehr invalide Symptomdarstellungen gemessen mit dem SFSS als deutsche Versicherte, unter Berücksichtigung weiterer Prognoseparameter zeigt sich jedoch, dass sich die gefundenen Unterschiede zwischen Deutschen und Migranten größtenteils durch Schicht- und Geschlechtsunterschiede erklären lassen. Zur Abklärung der Ursachen der hohen Prävalenz invalider Symptomdarstellungen bei Migranten und Deutschen sind Untersuchungen nötig, die weitere Beschwerdvalidierungsverfahren einsetzen.

Abstract

Objectives: The aim of this study is to investigate differences in the occurrence of symptom over-reporting in insurants with and without migration background as well as to determine factors that predict the occurrence of symptom over-reporting.

Methods: A survey-based screening of validating complaints including Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS), L-scale (Minnesota Multiphasic Personality Inventory – MMPI-2), Health-49 and Predictive validity of a brief scale measuring the subjective prognosis of gainful employment (SPE-scale) was carried out with 457 German insurants and 138 insurants with migration background previous to their inpatient rehabilitation treatment.

Results: Symptom over-reporting measured by the SIMS could be observed in 33% of the German insurants and 50% of the insurants with migration background. Highest predictive power relative to symptom over-reporting was achieved by Health-49-score followed by social class and sex.

Conclusions: Percentage of symptom over-reporting is higher in insurants with migration background than in German insurants, but taking into account more factors, differences in German and Non-German insurants can be largely explained by differences in social class and gender distribution. Studies applying multi-method symptom validation are required to clarify the causes of high prevalence of symptom over-reporting in German and Non-German insurants.

Einleitung

Die Versorgung von Rehabilitanden mit Migrationshintergrund (nachfolgend: Migranten) stellt indikationsübergreifend eine Herausforderung für das gegliederte Sozialsystem dar. Steigende Zahlen von Versicherten mit Migrationshintergrund, ein erhöhter Anteil an Erwerbsminderungsberentungen und schlechtere Behandlungs- und Wiedereingliederungserfolge unterstreichen die Bedeutung des Themas [1–5]. Besonderer Handlungsbedarf besteht im Indikationsbereich der psychosomatischen Erkrankungen. Bei Rentenanträgen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit kommt den Antragstellern, die psychosomatische Erkrankungen als Ursache für ihre verminderte Leistungsfähigkeit angeben, eine große Bedeutung zu [6]. Die psychischen Krankheitsbilder stellen mittlerweile bei Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit die größte Zahl an Rentenzugängen dar [7]. Während die Zahl der Erwerbsunfähigkeitsberentungen allgemein rückläufig ist, haben die Rentenzugänge aufgrund psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen seit Beginn der 80er Jahre zugenommen. Diese Entwicklung gilt für die Versicherungsträger der deutschstämmigen und nicht-deutschstämmigen Personen [8]. Der Anteil der Erwerbsminderungsrenten am Gesamtrentenzugang liegt jedoch bei deutschen Versicherten mit 17,8%¹ unter dem der ausländischen Versicherten mit 27,6%¹ [1, 9, 10]. Bezogen auf Rehabilitationsmaßnahmen lässt sich hingegen bei Migranten eine tendenziell seltenere und spätere Inanspruchnahme beobachten [11]. Der Anteil der psychischen Störungen als Grund für eine Erwerbsminderungsrente ist bei den ausländischen Versicherten mit 33,9% höher als bei den deutschen Versicherten mit 28,7%. Bei einem wachsenden Anteil von Personen mit Migrationshintergrund an der Bevölkerung der Bundesrepublik [10] wird deutlich, dass die Versorgung dieser Versichertengruppe in den nächsten Jahren und Jahrzehnten noch weiter an Bedeutung gewinnen wird [10, 12]. Verbesserungsbedarf wird auch an den unbefriedigenden Rehabilitationserfolgen bei dieser Versichertengruppe deutlich [13–15]. Gleichzeitig handelt es sich bei den Rehabilitanden mit Migrationshintergrund um eine Patientengruppe mit einem hohen Anteil sozialmedizinischer Problemfälle [16]. In diversen Untersuchungen wird über einen niedrigeren sozioökonomischen Status, vermehrte Arbeitslosigkeit und häufigeren Bezug einer Erwerbsminderungsrente berichtet [1, 9, 10, 15]. Kobelt et al. [17] beschreiben, dass bei Berücksichtigung sozialmedizinischer Risikofaktoren dem Migrationshintergrund nur noch eine nachgeordnete Bedeutung in der Vorhersage einer negativen Erwerbsprognose zukommt. Es gibt somit eine komplexe Wechselwirkung zwischen dem Migrationshintergrund, sozialmedizinischen Risikofaktoren und dem Rehabilitationserfolg oder Erwerbsminderungsberentungen [18, 19]. Dennoch finden sich bei Versicherten mit Migrationshintergrund gehäuft die benannten Risikofaktoren, weshalb die Gefahr besteht, dass der Migrationshintergrund schnell als „Pauschal-Ursache“ für schlechtere Rehabilitationserfolge herangezogen wird. Dies stellt insofern ein besonderes Risiko dar, da höhere Berentungszahlen einerseits und die Erfahrung schwieriger Rehabilitationsverläufe mit scheinbar „beratungsresistenten“ und „rentenfixierten“ Patienten andererseits auch die Frage nach der Validität der Beschwerden aufkommen lassen. Gerade bei der Darbietung kulturell

¹ Die Angaben beziehen sich in diesem Falle auf deutsche vs. nicht-deutsche Versicherte, da die Auswertung der vorliegenden Routinedaten keinen Rückschluss auf den Migrationshintergrund im weiteren Sinne erlaubt. Die Auswertung fand auf Basis der Staatsangehörigkeit statt.

nicht erwarteter Beschwerden [20, 21] liegt so der – wenn auch nicht offen formulierte – Verdacht nahe, es könnten negative Antwortverzerrungen im Sinne einer Aggravation oder Simulation vorliegen. Die Überprüfung dieses Verdachts ist notwendig, um mögliche Stigmatisierungen zu verhindern. Gleichzeitig sollte eine zuverlässige Validierung der dargebotenen Beschwerden Grundlage jeder Versorgungsoptimierung sein. Dies stellt jedoch speziell in der Psychosomatik eine Herausforderung dar, da Beschwerdenvvalidierungstests bislang nicht ausreichend zur Verfügung stehen [22]. Aufgrund dieser eingeschränkten Verfügbarkeit von angemessenen Verfahren ist die Begutachtung psychosomatischer Erkrankungen eine Herausforderung mit Forschungsbedarf [6, 23]. Die sozialmedizinische Beurteilung darf nicht nur auf der Beschwerdenschilderung des Patienten beruhen, sondern beinhaltet weitere Komponenten und setzt vor allem auch einen Gutachter mit klinischem Sachverstand voraus. Nach Schätzungen von Stevas et al. [24] weisen bis zu 50% der zu Begutachtenden in einem Begutachtungsinstitut eine relevante Tendenz zur Aggravation ihrer Beschwerden auf. Beschwerdenvvalidierung wird bis heute im Gebiet der psychologisch-psychiatrischen Fragestellungen vor allem im Bereich der kognitiven Funktionen und der forensischen Psychologie angewandt. Hier geht es zumeist darum, negative Antwortverzerrungen aufzudecken. Die meisten Studien untersuchen nicht die invalide Symptombildung, sondern die Leistungsmotivation bzw. die Leistungsbereitschaft (hier vor allem das Auftreten schwacher Leistungen im Bereich kognitiver Funktionen). Aussagekräftigere Ergebnisse können in der Begutachtung durch fähigkeitsbezogene Fremd(beobachter)verfahren und gerätegesteuerte Diagnostik erzielt werden, welche jedoch auch mit einem höheren Aufwand verbunden sind, wie z. B. die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) [25], ERGOS [26] und SAPPHERE [27]. Eine weitere Möglichkeit der Fähigkeitseinschätzung stellen interne und externe Belastungsproben dar. Sie bieten den Vorteil, dass sie Fähigkeits- und Partizipationsstörungen messen. Diese sind im Gegensatz zu vor allem inneren und psychischen Beschwerden besser objektivier- und validierbar. Gerade in der Rehabilitationsbehandlung stellt die Behandlung und Kompensation von Fähigkeits- und Partizipationsstörungen bei vielen chronischen Beschwerdebildern ein vorrangiges Ziel, noch vor der Symptomreduktion, dar. Dennoch ist auch die Einschätzung von Fähigkeits- und Partizipationsstörungen bei psychischen Beschwerden eine besondere Herausforderung. Besonders im Bereich der psychosomatischen Erkrankungen ist die Validität der Beschwerden schwer zu beurteilen, da die Spannweite erwarteter Symptome groß und noch größer die Vielfalt der wahrgenommenen Beschwerden der Betroffenen ist. Daher bieten sich nach Schneider et al. [6] psychosomatische Erkrankungen aufgrund der „Weichheit“ der Symptome als Begründung für ein Rentenbegehren in besonderer Weise an. Simulation ist dabei von einer Verdeutlichungstendenz abzugrenzen, welche jedem Begutachteten zugestanden werden muss (vgl. Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts vom 11.09.03, Az: L 14 RA 103/02 zitiert nach [28]).² Dabei handelt es sich bei der

² In der Begutachtungssituation ist eine Verdeutlichungstendenz des Patienten als symptomverstärkende Darstellungsform normal und kann jedem zugestanden werden. Es handelt sich um einen mehr oder weniger bewussten Versuch, den Gutachter vom Vorhandensein der Beschwerden zu überzeugen. Diese Verdeutlichungstendenz kann unterschieden werden von der Aggravation als einer bewussten verschlimmernden Darstellung der Beschwerden zu erkennbaren Zwecken, sowie der Simulation, dem bewussten Vortäuschen von Symptomen zu erkennbaren Zwecken.

Verdeutlichungstendenz nicht um eine absichtliche, reflektierte und zweckvolle Vortäuschung von nicht-vorhandenen Symptomen (Simulation) oder Übertreibung und Ausweitung vorhandener Beschwerden (Aggravation) zur Erreichung eines bestimmten Ziels [28–30]. Die Bedeutung neuropsychologischer Testdiagnostik für die Identifikation invalider Symptomdarstellungen bei psychischen Erkrankungen wird aktuell kontrovers diskutiert [31,32]. Das „Structured Inventory of Malingered Symptomatology“ (Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome – SFSS) stellt eine leicht handhabbare Screeningmethode zur Erfassung von Simulation dar und eignet sich, um negative Antwortverzerrungen bei der Beschwerdenschilderung zu erkennen [33–35].

Fragestellung

In der vorliegenden Studie soll untersucht werden, ob es Unterschiede in dem Auftreten invalider Symptomdarstellungen bei Versicherten mit und ohne Migrationshintergrund gibt, gemessen mit dem SFSS und der L-Skala des MMPI-2. Weiter soll überprüft werden, welche Faktoren sich eignen, um das Auftreten einer invaliden Symptomdarstellung vorherzusagen.

Methodik

Stichprobe

Es handelt sich um eine Vollerhebung aller Versicherten der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, deren Antrag auf medizinisch-psychosomatische Rehabilitation bewilligt wurde. Es wurde ein aus Selbstratings bestehender Fragebogen an die Patienten versandt, welchen sie vor Antritt der Rehabilitationsbehandlung ausfüllten. Erhebungszeiträume waren April–August 2010 sowie Februar und März 2011. Von September bis Dezember 2010 fand zusätzlich eine Vollerhebung aller Versicherten statt, deren Antrag auf medizinisch-psychosomatische Rehabilitation bewilligt wurde und die eine nicht-deutsche Staatsangehörigkeit oder einen nicht-deutschen Geburtsort aufwiesen.³ Der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund an der Gesamtstichprobe ist somit nicht repräsentativ.

Erfassung des Migrationshintergrunds

Eine Schwäche vieler Studien, die sich mit Patienten mit Migrationshintergrund beschäftigen, liegt in der Erfassung der notwendigen Definitionskriterien. In den gängigen Routinedaten (z. B. der Rentenversicherungsträger oder der Kliniken) wird zumeist nur die Staatsangehörigkeit und in einigen Fällen der Geburtsort erhoben. Hierbei werden jedoch all diejenigen Personen mit Migrationshintergrund nicht erfasst, die bereits die deutsche Staatsangehörigkeit angenommen haben oder die in Deutschland geboren wurden, deren Eltern jedoch nicht aus Deutschland stammen. Diese Personengruppe taucht in den Routinedaten zwar als „Deutsche“ auf, ist jedoch oftmals noch im Sinne der Eltern- oder Herkunftskultur sozialisiert oder befindet sich „zwischen den Welten“. Zur Identifikation von Personen mit Migrationshintergrund hat sich im wissenschaftlichen Kontext die Definition von Schenk et al. [36] bewährt. In der vorliegenden Untersuchung wurden daher diejenigen Personen zu der Gruppe der Versicherten mit Migrationshintergrund

³Diese Angaben sind aus den Routinedaten ablesbar.

Tab. 1 Psychometrische Eigenschaften des SFSS.

| | Sensitivität | Spezifität | Positive Predictive Power | Negative Predictive Power |
|------|--------------|------------|---------------------------|---------------------------|
| [34] | 0,87 | 0,86 | 0,87 | |
| [33] | 0,96 | 0,88 | – | – |
| [38] | 0,87 | 0,62 | 0,87 | 0,94 |
| [39] | >0,90 | >0,90 | >0,90 | – |

SFSS = Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome

gezählt, die in einem anderen Land geboren wurden, die eine nicht-deutsche Staatsangehörigkeit haben, deren Eltern oder Großeltern nicht in Deutschland geboren wurden oder deren Muttersprache nicht deutsch ist.

Übersetzung

Die Fragebogenbatterie wurde durch ein Übersetzungsbüro ins Türkische übersetzt.

Versicherten mit einem türkischen Geburtsort oder der türkischen Staatsangehörigkeit wurde der Fragebogen in der deutschen und der türkischen Version zugesandt, mit der Aufforderung, ihn in der Sprache auszufüllen, in der sie sich auch in emotionalen Themen sicherer fühlten. Die Übersetzung wurde vom Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Niedersachsen und Bremen gefördert.

Beschwerdvalidierung

Die Beschwerdvalidität wurde durch den SFSS erfasst. Zusätzlich kam die L-Skala des MMPI-2 zum Einsatz.

SFSS

Der SFSS umfasst 75 Items, bei denen jeweils zwischen „wahr“ und „falsch“ entschieden werden muss. Bei der Entwicklung wurde sowohl auf bereits bestehende Messinstrumente (beispielsweise Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2, Structured Inventory of Reported Symptoms, Wechsler Adult Intelligence Scale) zurückgegriffen und simulationsensible Items daraus verwandt als auch neue Fragen konzipiert. Für die Erkennung von Anzeichen auf simulierte Beschwerden werden unterschiedliche Frage- und Aussagetypen eingesetzt. Einige Items beziehen sich auf ein bestimmtes Syndrom, wobei aber nur ein Experte erkennen kann, ob atypische Symptome aufgeführt sind. Andere Items haben bizarre Inhalte oder beziehen sich auf unrealistische Symptome. Hierdurch unterscheiden sich die Inhalte der Items von den Inhalten üblicher Verdeutlichungstendenzen. Um den Gesamt-SFSS-Wert zu erhalten, werden die Antworten, die auf Simulation hindeuten, zusammengezählt [22,30,34,37]. Die psychometrischen Eigenschaften des SFSS sind, wie in [Tab. 1](#) dargestellt, zufriedenstellend [33,34,38,39].

L-Skala

Die L-Skala ist eine von 4 Validitätsskalen des Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2), welche ursprünglich entwickelt wurde, um Probanden zu erfassen, die bemüht sind, ein möglichst positives Bild von sich darzustellen („fake good“) [40]. Die Skala besteht aus 15 Items, die sich sämtlich auf Verhaltensweisen beziehen, die zwar als sozial erwünscht gelten, tatsächlich aber nur selten anzutreffen sind. Zur Interpretation auffälliger Werte auf der L-Skala des MMPI-2 liegen zahlreiche Studien vor. Diese kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen, wie sich manipulatives Antwortverhalten auf der L-Skala widerspiegelt. Es lässt sich jedoch aus den diversen Untersuchungen der

Schluss ziehen, dass ein unauffälliger Wert auf der L-Skala eine manipulative Beantwortung des Verfahrens nicht ausschließen kann, dass ein auffälliger Wert (sowohl ein hoher als auch ein niedriger Wert) jedoch einen Hinweis auf ein manipulatives Antwortverhalten liefert [41–45]. Die auf der L-Skala erzielten Rohwerte werden in T-Werte umgewandelt und wurden in der vorliegenden Untersuchung zu den im Manual empfohlenen Kategorien zusammengefasst. Es wurden die Kategorien unauffälliger Wert, niedriger Wert und hoher Wert gebildet.

HEALTH-49

Zur Erfassung der klinischen Belastung kam der HEALTH-49 zum Einsatz [46]. Hierbei handelt es sich um ein umfassendes, generisches und ökonomisches Instrument zur konsistenten Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit. Es umfasst 49 Items, die 9 Skalen zuzuordnen sind: somatoforme Beschwerden, Depressivität, phobische Ängste, psychisches Wohlbefinden, interaktionelle Schwierigkeiten, Selbstwirksamkeit, Aktivität und Partizipation, soziale Unterstützung und soziale Belastung. Das Instrument hat einen modularen Aufbau und es können dadurch sowohl das Gesamtinstrument als auch einzelne ausgewählte Module eingesetzt werden. Reliabilität und Validität sind überprüft. Ebenso haben sich die differenzielle Validität und die Änderungssensitivität als höchst zufriedenstellend erwiesen. In der vorliegenden Untersuchung wurden die Skalen somatoforme Beschwerden, Depressivität, phobische Ängste und psychisches Wohlbefinden ausgewertet.

Subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit

Die 4-stufige SPE-Skala umfasst 3 Items, die eine Erfassung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit erlauben. Mittag und Raspe [47] haben einen Grenzwert für die subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit vorgeschlagen, anhand dessen die Gruppe der negativen und die der positiven subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit gebildet werden können. Für Rehabilitanden mit einer negativen Prognose gilt, dass das Risiko, aus dem Erwerbsleben in den nächsten 5 Jahren auszusteigen, ohne eine individuelle, auf ihre arbeitsplatzbezogenen Probleme zugeschnittene Betreuung signifikant erhöht ist.

Konstruktion eines Schichtindex

Zur Bestimmung der sozioökonomischen Situation der Versicherten wurde ein vertikaler Schichtindex anhand der Merkmale Schulbildung, Berufsstatus und Einkommen konstruiert [19]. Mittels dieser Einteilung lässt sich ein Schichtindex von 3 (ungünstigste Soziallage) bis 9 (günstigste Soziallage) errechnen. Versicherte, die unter 5 Punkte erhalten, werden der Gruppe A (Unterschicht) zugeordnet, Versicherte, die 5 oder 6 Punkte erreichen, der Gruppe B (Mittelschicht) und Versicherte, die mehr als 6 Punkte erreichen, der Gruppe C (Oberschicht) [48].

Statistik

Die Auswertungen wurden mithilfe von SPSS Version 15.0 vorgenommen. Es wurden t-Tests, Chi-Quadrat-Tests und Kendall-Tau-b-Korrelationen gerechnet. Weiter wurde eine logistische Regression mit dem kategorisierten SFSS-Gesamtwert (auffälliger Wert vs. unauffälliger Wert) als abhängige Variable gerechnet. Als auffälliger Wert wurde gemäß den Empfehlungen von Rogers et al. [38] ein Wert > 16 gewertet. Bei den untersuchten Prädiktoren wurde der Schichtindex, der ursprünglich 3 Stufen aufweist (Unterschicht, Mittelschicht, Oberschicht) zu 2 Stufen zusammengefasst. Da es sich bei den Teilnehmern um Versicherte der DRV Braunschweig-Hannover und damit um einen höheren Anteil von „Arbeitern“ handelt, sind nur sehr vereinzelt Angehörige der Oberschicht vertreten. Die Mittel- und Oberschicht wurden daher zusammengefasst und der Faktor Schichtindex ging mit 2 Stufen in die Auswertungen ein.

Analyse der fehlenden Werte

In Anlehnung an die Empfehlungen von Wirtz [49] wurde eine Analyse der fehlenden Werte durchgeführt. Dazu wurde zunächst untersucht, ob es Variablen oder Personen gab, bei denen mehr als 30% der Werte fehlten. Diese wurden von der weiteren Analyse ausgeschlossen. Bei keiner der Variablen lagen mehr als 30% fehlende Werte vor. Allerdings fehlten bei 6 Personen mehr als 30% der Werte. Diese Personen wurden von der weiteren Auswertung ausgeschlossen. Da es sich dabei um weniger als 1% der Gesamtstichprobe handelte, wurde auf eine weitere Analyse der Attribute dieser Personen verzichtet. Bei Variablen, bei denen mehr als 5% der Werte fehlten, wurde eine Missing-Data-Analyse durchgeführt, das heißt, es wurde untersucht, ob sich Zusammenhänge zwischen dem Fehlen der Werte und anderen

| Variable, die mehr als 5% fehlende Werte aufweist | Migrationshintergrund | Geschlecht | Muttersprache |
|--|---------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| H49F soz. Belastung Item 3 | * Migranten mehr fehlende Werte | * Frauen mehr fehlende Werte | * nicht deutsch mehr fehlende Werte |
| SFSS 13 Psychosis R | ns | ns | ns |
| SFSS 38 Psychosis R | * Migranten mehr fehlende Werte | ns | ns |
| SFSS 48 Psychosis R | ns | ns | ns |
| SFSS 65 Psychosis R | ns | ns | ns |
| SFSS 69 Psychosis R | * Migranten mehr fehlende Werte | ns | ns |
| SFSS 4 Low Int | * Migranten mehr fehlende Werte | * Frauen mehr fehlende Werte | ns |
| SFSS 14 Low Int | ns | ns | ns |
| SFSS 7 Low Int | ns | * Frauen mehr fehlende Werte | ns |
| SPE Gefährdung der Erwerbstätigkeit bei derzeitigem Gesundheitszustand | ns | ns | ns |

H49F=Health-40-Fragebogen, SFSS=Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome, SPE=subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit

Tab. 2 Ergebnisse der Missing-Data-Analyse.

Variablen finden lassen. Dazu wurde eine Indikatorvariable gebildet. Die Variablen, die auf einen möglichen Zusammenhang mit dem Fehlen der Werte untersucht wurden, wurden theoretisch hergeleitet, bzw. orientiert an der Fragestellung der vorliegenden Untersuchung. Die Ergebnisse der Missing-Data-Analyse finden sich in Tab. 2.

Ergebnisse

Die Rücklaufquote lag bei 53% (insgesamt wurden 1 193 Fragebögen versandt). Die Gesamtstichprobe betrug 595 Personen, davon 457 Personen ohne Migrationshintergrund und 138 Personen mit Migrationshintergrund. Es zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Personen, die den Fragebogen zurücksandten (Respondern), und den Personen, die den Fragebogen nicht zurücksandten (Non-Respondern), in Bezug auf alle vorliegenden Angaben, namentlich Geschlecht, Migrationshintergrund (im Rahmen der Non-Responder-Analyse operationalisiert durch den Geburtsort und die Staatsangehörigkeit), die Stellung im Beruf, die Arbeit vor Antragstellung und die Zuwei-

sungsdiagnose. Die Beschreibung der Stichprobe findet sich in Tab. 3.

SFSS, L-Skala und SPE

Eine detaillierte Darstellung dieser Skalenwerte findet sich in Tab. 4. Migranten zeigten signifikant häufiger ein auffälliges Ergebnis im SFSS. Da bei den Migranten mehr fehlende Werte auftraten, wurde eine konservative Auswertung der Skalenwerte durchgeführt, in der die fehlenden Werte im Sinne einer unauffälligen Antwort gewertet wurden. Auf der L-Skala des MMPI-2 zeigten sich ebenfalls signifikante Unterschiede zwischen den Versicherten mit und ohne Migrationshintergrund. Die gefundenen Unterschiede bezogen auf die subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit wurden nicht signifikant.

Health 49

Die Versicherten mit Migrationshintergrund wiesen auf allen klinischen Skalen des Health 49 signifikant höhere Werte auf (s. Tab. 5).

Tab. 3 Beschreibung der Stichprobe.

| | Deutsche n=457 | Migranten n=138 | p |
|--|--|--|--|
| Alter in Jahren | \bar{x} : 45,3; α : 10,91 | \bar{x} : 45,5; α : 10,55 | $T = -0,179$; $df = 569$; $p = 0,858$ |
| Geschlecht | 52,2% männlich | 36,2% männlich | $\chi^2 = 9,517$; $df = 1$; $p = 0,002$ |
| Staatsangehörigkeit | | 65,2% deutsch 34,8% andere | |
| Familienstand | 16,4% ledig 51,8% verheiratet 6,6% feste Partnerschaft 21,2% geschieden 4,0% verwitwet | 9,5% ledig 63,3% verheiratet 2,9% feste Partnerschaft 21,2% geschieden 18,2% verwitwet | $\chi^2 = 8,863$; $df = 4$; $p = 0,065$ |
| Berufsausbildung | 85,3% Lehre/Fachschule 3,3% Fachhochschule/Universität 11,3% keine Berufsausbildung | 58,5% Lehre/Fachschule 12,3% Fachhochschule/Universität 29,2% keine Berufsausbildung | $\chi^2 = 45,436$; $df = 2$; $p < 0,001$ |
| Arbeitslosigkeit | 17,6% aktuell arbeitslos | 25,7% aktuell arbeitslos | $\chi^2 = 4,326$; $df = 1$; $p = 0,038$ |
| Schichtindex | 61,0% Unterschicht 39,0% Mittel-/Oberschicht | 65,3% Unterschicht 43,7% Mittel-/Oberschicht | $\chi^2 = 0,763$; $df = 1$; $p = 0,382$ |
| aktuelle Arbeitsunfähigkeit | 35,9% aktuell arbeitsunfähig 64,1% aktuell arbeitsfähig | 44,5% aktuell arbeitsunfähig 55,5% aktuell arbeitsfähig | $\chi^2 = 3,305$; $df = 1$; $p = 0,069$ |
| Arbeitsunfähigkeit in den vergangenen 12 Monaten | 49,9% unter 4 Wochen 50,1% über 4 Wochen | 37,7% unter 4 Wochen 62,3% über 4 Wochen | $\chi^2 = 6,011$; $df = 1$; $p = 0,014$ |

| | Deutsche n=457 | Migranten n=134 | p | |
|---------|---------------------------|-----------------|-------|--|
| SFSS | auffällig | 33,0% | 50,0% | $\chi^2 = 13,081$; $df = 1$; $p < 0,001$ |
| | unauffällig | 67,0% | 50,0% | |
| | hoch | 1,8% | 7,0% | |
| L-Skala | niedrig | 42,4% | 37,5% | $\chi^2 = 9,540$; $df = 2$; $p = 0,008$ |
| | unauffällig | 55,8% | 55,5% | |
| SPE | gefährdete Prognose | 58,9% | 65,9% | $\chi^2 = 1,922$; $df = 1$; $p = 0,166$ |
| | keine gefährdete Prognose | 41,1% | 43,1% | |

SFSS = Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome, SPE = subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit

Tab. 4 Ergebnisse des SFSS, der L-Skala und der SPE.

| | Deutsche n=445 | Migranten n=134 | p |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|---|
| psychische und somatoforme Beschwerden | \bar{x} : 1,84; α : 0,82 | \bar{x} : 2,24; α : 0,79 | $t = -5,044$; $df = 577$; $p < 0,001$ |
| somatoforme Beschwerden | \bar{x} : 2,14; α : 0,98 | \bar{x} : 2,73; α : 0,81 | $t = -6,973$; $df = 242,9$; $p < 0,001$ |
| Depressivität | \bar{x} : 2,17; α : 1,04 | \bar{x} : 2,40; α : 1,07 | $t = -2,288$; $df = 566$; $p = 0,022$ |
| phobische Ängste | \bar{x} : 1,04; α : 1,08 | \bar{x} : 1,35; α : 1,20 | $t = -2,861$; $df = 576$; $p = 0,004$ |

Tab. 5 Ergebnisse des Health-49.

Zusammenhänge

Es zeigte sich ein moderater Zusammenhang zwischen der L-Skala des MMPI-2 und dem SFSS sowie zwischen der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit und dem SFSS. Ein höherer Zusammenhang zeigte sich zwischen dem SFSS und dem Health-49-Score (s. Tab. 6).

Logistische Regression

In der logistischen Regression erreichte lediglich der Health-49-Wert (psychische und somatoforme Beschwerden) ein Signifikanzniveau kleiner 5% mit einem Odds Ratio von 6,946. Zusätzlich haben der Schichtindex und das Geschlecht ein Odds Ratio > 1, das Signifikanzniveau liegt jedoch oberhalb von 10% (Tab. 7).

Diskussion

Erstes Ziel dieser Studie war es zu untersuchen, ob es Unterschiede in der Auftretenshäufigkeit invalider Symptomdarstellungen bei Versicherten mit und ohne Migrationshintergrund gibt. Bezogen auf diese Frage zeigt sich, dass es bei Versicherten mit Migrationshintergrund häufiger Hinweise auf invalide Symptomdarstellungen gemessen mit dem SFSS gibt. Während es bei 33% der deutschstämmigen Versicherten Hinweise auf eine negative Antwortverzerrung gibt, ist dies bei 50% der Versicherten mit Migrationshintergrund der Fall. Die Rate der auffälligen Ergebnisse ist allerdings bei beiden Versicherten-

gruppen höher als in anderen Studien berichtet. Dandachi-FitzGerald et al. [50] berichten in ihrer Untersuchung von 21% der Untersuchten, die im SFSS einen auffälligen Wert erzielten. Hierbei handelte es sich jedoch um eine Stichprobe von Patienten, die sich in stationärer psychiatrischer Behandlung befanden. Die erhöhte Rate in unserer Untersuchung lässt sich vermutlich durch die vorliegende Stichprobe erklären. Da es sich um Reha-Antragsteller handelte, das heißt Versicherte, die sich noch vor der Behandlung befanden, war mit einem höheren Anteil invalider Symptomdarstellungen, aufgrund des Wunsches nach Bewilligung der medizinischen Leistung, zu rechnen. Zudem ist davon auszugehen, dass es auch durch möglicherweise vorliegende (ausgedrückte oder latente) Berentungswünsche zu einem erhöhten Anteil invalider Antworten kommt. Auch in der Literatur findet sich, dass die Prävalenz invalider Symptomdarstellungen abhängig vom Kontext schwankt [51]. Dabei ist sie bei Rentenantragstellern mit 30% am höchsten, gefolgt von 19% der forensischen und 8% der medizinischen Fälle [52]. Auffällig bleibt in der vorliegenden Untersuchung dennoch die deutlich erhöhte Rate auffälliger Ergebnisse bei Versicherten mit Migrationshintergrund. Dabei kann auf Basis eines SFSS-basierten Screenings noch nicht auf die Ursachen für den hohen Anteil auffälliger Ergebnisse geschlossen werden. Eine abschließende Beurteilung der Beschwerdenauthenticität sollte immer mehrere Verfahren oder Ansätze der Validierung der Beschwerden berücksichtigen [53]. Bei einer genaueren Betrachtung der Ergebnisse wird deutlich, dass die Versicherten mit Migrationshintergrund im Durchschnitt auch einen höheren Wert auf den Skalen des Health 49 erreichen und dass sich ein mittelstarker Zusammenhang zwischen Health-49-Wert und dem im SFSS erzielten Wert zeigt. Diese Ergebnisse sind kongruent mit den von Dandachi-FitzGerald et al. [50] gefundenen Ergebnissen. Diese zeigten in ihrer Untersuchung einen deutlichen Zusammenhang zwischen dem SFSS und der klinischen Belastung (gemessen mit dem SCL-90). Der Zusammenhang bestätigt sich in unserer Untersuchung auch in der logistischen Regression. Hier ist der Health-49-Wert der Faktor mit dem höchsten Odds Ratio und der einzige signifikante Faktor. Der Health-49-Wert ist somit am ehesten geeignet, ein auffälliges vs. unauffälliges Ergebnis im SFSS vorherzusagen. Der Migrationshintergrund hingegen scheint hierfür kein geeigneter Faktor zu sein. Von allen eingegebenen Faktoren stellt der Migrationshintergrund den geringsten Vorhersagewert für eine invalide Beschwerdedarstellung dar. Auch wenn der Schichtindex und das Geschlecht keinen signifikanten Einfluss auf die Vorhersage einer invaliden Symptomdarstellung haben, fällt doch das erhöhte Risiko auf. Es kann vermutet werden, dass die große Bedeutung der Symptombelastung,

Tab. 6 Korrelationen zwischen dem Gesamtwert des SFSS und der L-Skala, den Subskalen des Health-49 und der SPE für Migranten und Deutsche.

| | Deutsche n=426 | Migranten n=118 |
|---|--------------------------------|--------------------------------|
| L-Skala und SFSS | Phi=0,199 p<0,001 | Phi=0,237 p=0,037 |
| psychische und somatoforme Beschwerden und SFSS | Kendall-Tau-b=0,451 p<0,001 | Kendall-Tau-b=0,427 p<0,001 |
| somatoforme Beschwerden und SFSS | Kendall-Tau-b=0,345 p<0,001 | Kendall-Tau-b=0,361 p<0,001 |
| Depressivität und SFSS | Kendall-Tau-b=0,455 p<0,001 | Kendall-Tau-b=0,345 p<0,001 |
| phobische Ängste und SFSS | Kendall-Tau-b=0,284 p<0,001 | Kendall-Tau-b=0,338 p<0,001 |
| SPE und SFSS | Phi=0,319 p<0,001 | Phi=0,303 p=0,018 |

SFSS=Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome, SPE=subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit

Tab. 7 Ergebnisse der Logistischen Regression mit dem Gesamtwert des SFSS als abhängige Variable.

| Nagelkerkes R-Quadrat: 0,450 | | | | | | |
|--|--------------------------|----------------|--------|----|-------|---------|
| 74,6% richtig Vorhergesagte | Regressionskoeffizient B | Standardfehler | Wald | df | p | Exp (B) |
| Migrationshintergrund | -0,415 | 0,292 | 2,020 | 1 | 0,155 | 0,661 |
| Geschlecht | 0,326 | 0,247 | 2,148 | 1 | 0,143 | 1,436 |
| Health-49: psychische und somatoforme Beschwerden | 1,938 | 0,206 | 88,767 | 1 | 0,000 | 6,946 |
| Arbeitsunfähigkeit in den letzten 12 Mon. (> / < 4 Wochen) | -0,266 | 0,243 | 1,203 | 1 | 0,273 | 0,766 |
| Schichtindex | 0,292 | 0,246 | 1,406 | 1 | 0,236 | 1,339 |
| SPE | -0,349 | 0,257 | 1,844 | 1 | 0,174 | 0,705 |
| Konstante | -4,081 | 0,581 | 49,355 | 1 | 0,000 | 0,017 |

einbezogene Fälle: n=449

SFSS=Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome, SPE=subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit

die durch den Health-49 gemessen wird, die Bedeutung anderer Faktoren reduziert. Aus früheren Studien ist bekannt, dass die subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit auch mit Schichtmerkmalen kovariert. Daher ist es nicht überraschend, dass ihr keine besondere Bedeutung im Vorhersagemodell zukommt. Obwohl sich Deutsche und Migranten in der Häufigkeit auffälliger Ergebnisse im SFSS unterscheiden, scheinen diese Unterschiede zunächst nicht auf den Migrationshintergrund zurückzuführen zu sein. Vielmehr scheinen die Unterschiede nach den vorliegenden Ergebnissen auf andere Faktoren wie den Schichtindex, darin beinhaltet auch eine höhere Arbeitslosenquote, und eine andere Geschlechterverteilung zurückzuführen zu sein. Migranten und Deutsche unterscheiden sich weiter deutlich in ihrem Health-49-Wert. Der Einfluss des Migrationshintergrundes auf das Ergebnis im SFSS wird so möglicherweise auch durch den Suppressoreffekt des Health-49-Wertes unterschätzt.

Doch auch ein auffälliges Ergebnis im SFSS stellt noch keinen klaren Hinweis auf eine vorliegende Simulation oder Aggravation dar. Die Ergebnisse zeigen einen hohen Zusammenhang mit dem im Health 49 erreichten Wert. Welche Kausalität diesem Zusammenhang jedoch zugrunde liegt, lässt sich auf Basis der vorliegenden Daten nicht erkennen. Denkbar ist einerseits die Beeinflussung sowohl des SFSS-Wertes als auch des Health-49-Wertes durch aggravierende oder simulierende Tendenzen. Möglich ist jedoch andererseits auch eine Interpretation im Sinne einer appellativen Aggravation. Mit der Angabe hoher Symptombelastung wird dem Wunsch nach Bewilligung einer medizinischen Leistung oder einer Erwerbsminderungsrente Ausdruck verliehen. Zur Klärung dieser Fragestellung sind in jedem Falle weitere Untersuchungen notwendig. Nachfolgende Untersuchungen sollten neben weiteren Beschwerdvalidierungsverfahren auch Verhaltensbeobachtungen, klinische Untersuchungen und fähigkeits- und partizipationsorientierte Instrumente beinhalten [54]. Weiter wäre ein Abgleich von Patienten-Selbstratings und Fremdratings wünschenswert. Hier wären Leistungsbeurteilungen aus den Entlassungsberichten, fähigkeitsbezogene Verfahren (z. B. EFL, ERGOS, SAPPHIRE), partizipationsorientierte Fremdratings (z. B. Mini-ICF-APP) und Belastungsproben erstrebenswert [25–27, 55]. Die in dieser Studie zusätzlich angewandte L-Skala des MMPI-2 liefert einen mäßigen zusätzlichen Erkenntnisgewinn. Bei einer genauen Betrachtung der Verteilung der Werte wird deutlich, dass die unauffälligen Werte in der L-Skala bei Migranten und Deutschen nahezu gleich verteilt sind, dass die deutschen Versicherten jedoch häufiger einen niedrigen Wert und die Migranten häufiger einen erhöhten Wert aufweisen. Im Manual des MMPI-2 [56] wird ein niedriger Wert auf der L-Skala mit Simulation in Verbindung gebracht, ein erhöhter Wert hingegen mit Dissimulation. Allerdings gibt es auch Untersuchungen, die unter Simulation einen Anstieg auf der L-Skala fanden [41, 44]. Da die Interpretierbarkeit der Richtung der auffälligen Werte auf der L-Skala somit nicht eindeutig ist, wird von einer inhaltlichen Interpretation der auffälligen Werte abgesehen. Es bleibt damit festzuhalten, dass es mit 44,2 % bei den Deutschen und 44,5 % bei den Migranten nahezu keine Abweichungen im Anteil der auffälligen Werte in der L-Skala gibt. Der Zusammenhang zwischen der L-Skala und dem SFSS war sowohl bei den Migranten als auch bei den Deutschen moderat. Cima et al. [34] fanden in ihrer Untersuchung keine Korrelation zwischen dem SFSS und der L-Skala. Um den zusätzlichen Erkenntnisgewinn bezogen auf das Erkennen invalider Symptomdarstellungen und vor allem die diskriminante Validität simulations-/aggravationsbedingter vs. appellativer

bedingter auffälliger SFSS-Werte durch die L-Skala beurteilen zu können, sollten daher, wie weiter oben genannt, noch weitere Untersuchungen erfolgen, da dies auf Basis der vorliegenden Daten nicht abschließend möglich ist.

Eine Einschränkung der vorliegenden Untersuchung liegt in der speziellen Stichprobe. Da es sich um Versicherte der DRV Braunschweig-Hannover handelt, ist die Varianz bezogen auf die Schichtzugehörigkeit eingeschränkt. Mögliche Schichteffekte sind so möglicherweise nicht so deutlich sichtbar, wie sie in einer Stichprobe mit einer breiteren Streuung der Schichtzugehörigkeit sichtbar wären. Es ist wünschenswert, dass diesem in nachfolgenden Untersuchungen nachgegangen wird.

Beschwerdvalidierungstests sollten idealerweise nach Instruktion eines geschulten Mitarbeiters ausgefüllt werden. Bei der vorliegenden Studie, in der die Fragebogen postalisch versandt wurden, war dies nicht möglich. Eine Stärke der Studie liegt jedoch in der dadurch möglich gewordenen großen Stichprobe. Weiter lag eine Übersetzung nur ins Türkische vor. Migranten anderer Herkunft konnten den Fragebogen nicht in ihrer Muttersprache ausfüllen. Wen und Boone [57] berichten jedoch, dass auch eine nicht in der Muttersprache der Untersuchten durchgeführte Testung keinen signifikanten Einfluss auf das Abschneiden in zahlreichen Beschwerdvalidierungsparametern hatte. Weiter muss bei der Ergebnisinterpretation interkultureller Studien stets berücksichtigt werden, dass abgesehen vom sprachlichen Aspekt nicht auszuschließen ist, dass Migranten Fragen anders auffassen als deutsche Probanden. Dies gilt insbesondere, da für die verwandten Instrumente leider keine Ergebnisse zu deren interkultureller Gültigkeit vorliegen. Weiter sollte beachtet werden, dass im Falle des Einsatzes einzelner Skalen eines Persönlichkeitsinventars (L-Skala) bei der Interpretation die möglicherweise entstandenen Einschränkungen in den Gütekriterien berücksichtigt werden sollten. Unter Einbezug der genannten Einschränkungen lässt sich als Relevanz für die Praxis dennoch ableiten, dass die vorliegende Untersuchung Hinweise dafür liefert, dass Behandler und Gutachter über den Einsatz von Simulations-Screenings vor allem bei Migranten nachdenken sollten. Dies könnte bei auffälligen Ergebnissen den nachfolgenden Einsatz einer genaueren Begutachtung ermöglichen. Neben einer routinemäßigen Einführung der vorgestellten Instrumente kann auch die zugrundeliegende Technik – für Laien plausibel wirkende „Beschwerden“ als Prüffitems einzustreuen – im klinischen Gespräch hilfreich sein.

Kernbotschaft

In den unadjustierten Rohdaten zeigen Versicherte mit Migrationshintergrund zwar mehr fragwürdige Symptomdarstellungen, unter Berücksichtigung weiterer Prognoseparameter hat der Migrationshintergrund jedoch keinen bedeutenden Einfluss in der Prognose einer invaliden Symptomdarstellung. Es zeigt sich stattdessen, dass sich neben dem Health-49-Wert die Schichtzugehörigkeit und das Geschlecht zur Prognose einer invaliden Symptomdarstellung eignen. Die gefundenen Unterschiede zwischen Deutschen und Migranten lassen sich größtenteils durch Schicht- und Geschlechtsunterschiede erklären. Zur Abklärung der Ursachen der hohen Prävalenzen invalider Symptomdarstellungen sind Studien nötig, die weitere Beschwerdvalidierungsverfahren einsetzen.

Förderung



Die Studie wurde von der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover gefördert.

Interessenkonflikt: Einer der Autoren ist Mitarbeiter bei der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover.

Literatur

- 1 Göbber J, Pfeiffer W, Winkler M et al. Stationäre psychosomatische Rehabilitationsbehandlung von Patienten mit türkischem Migrationshintergrund. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 2010; 58: 181–187
- 2 Kobelt A, Göbber J, Petermann F. Die Bedarfsfrage in der Rehabilitation und die Versorgung neuer Zielgruppen. Migranten in der Psychosomatischen Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz* 2011; 54: 475–481
- 3 Schmeling-Kludaz C, Fröschlin R, Boll-Klatt A. Stationäre psychosomatische Rehabilitation für türkische Migranten: Was ist realisierbar, was ist erreichbar? *Rehabilitation* 2003; 42: 363–370
- 4 Nickel C, Łojewski N, Muehlabacher M et al. Behandlungsergebnisse stationärer psychosomatischer Rehabilitation bei türkischen Migranten: Eine prospektive Studie. *Gesundheitswesen* 2006; 68: 147–153
- 5 Koch U, Petermann F. Innovationen in der medizinischen Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz* 2011; 54: 401–403
- 6 Schneider W, Becker D, Vogel M et al. Begutachtung der Leistungsfähigkeit bei Personen mit psychischen und psychosomatischen Störungen – ein diagnostisches Modell. *Versicherungsmedizin* 2011; 63: 68–75
- 7 Schneider W, Becker D, Dohrenbusch R et al. Berufliche Leistungsfähigkeit. Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. *Psychotherapeut* 2010; 55: 373–379
- 8 Dannenberg A, Hofmann J, Kaldybajewa K et al. Rentenzugang 2009: Weiterer Anstieg der Zugänge in Erwerbsminderungsrenten wegen psychischer Erkrankungen. *Rentenversicherung aktuell* 2010; 9: 283–293
- 9 Höhne A, Schubert M. Vom Healthy Migrant Effect zur gesundheitsbedingten Frühberentung. Erwerbsminderungsrenten bei Migranten in Deutschland. *DKV-Schriften* 2007; 55: 103–125
- 10 Razum O, Zeeb H, Mezmann U et al. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Migration und Gesundheit. Berlin: Robert Koch-Institut; 2008
- 11 Brzoska P, Voigtländer S, Spoltek J et al. Utilization and effectiveness of medical rehabilitation in foreign nationals residing in Germany. *European Journal of Epidemiology* 2010; 25: 651–660
- 12 Brähler E, Petermann F, Rief W. Psychotherapie und Migration. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 2010; 58: 161–163
- 13 Rodewig K. Stationäre psychosomatische Rehabilitation von Migranten aus der Türkei. *Psychotherapeut* 2000; 45: 350–355
- 14 Mörzko M, Schneider J, Koch U et al. Beeinflusst der türkische Migrationshintergrund das Behandlungsergebnis? Ergebnisse einer prospektiven Versorgungsstudie in der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 2008; 58: 176–182
- 15 Mörzko M, Pradel S, Schulz H. Die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in der psychosomatischen Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt* 2011; 54: 465–474
- 16 Erim Y, Güler B. Schmerz bei Migranten aus der Türkei. In: Kröner-Herwig B et al., Hrsg. *Schmerzpsychotherapie II*. Berlin: Springer; 2011; 243–258
- 17 Kobelt A, Winkler M, Göbber J et al. Hängt die subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit vom Migrationsstatus ab? *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 2010; 58: 189–197
- 18 Steffanowski A, Löschnmann C, Schmidt J et al. Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Bern: Huber; 2007
- 19 Deck R. Soziale Ungleichheit in der medizinischen Rehabilitation. *Gesundheitswesen* 2008; 70: 582–589
- 20 Kirmayer L, Sartorius N. Cultural models and somatic syndromes. *Psychosomatic Medicine* 2007; 69: 832–840
- 21 Göbber J, Machleidt W, Gündel H. Somatisierung. In: Machleidt W, Heinz A, Hrsg. *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie*. München: Elsevier; 2011; 341–353
- 22 Heubrock D, Petermann F. Neuropsychological assessment of suspected malingering: Research results, evaluation techniques, and further direction of research and application. *European Journal of Psychological Assessment* 1998; 14: 211–225
- 23 Hezze B, Gebauer E. Sozialmedizinische Begutachtung im Rentenverfahren: Stellenwert, Forschungsbedarf und Chancen. *Rehabilitation* 2011; 50 (1): 17–24
- 24 Stevens A, Friedel E, Mehren C et al. Malingering and uncooperativeness in psychiatric and psychological assessment: Prevalence and effects in a German sample of claimants. *Psychiatry Research* 2008; 157: 191–200
- 25 Izmehagen SJ, Hart DL, Mathezon LM. Reliability of independent observer judgments of level of lift effort in a kinesiological functional capacity evaluation. *Work* 1999; 12: 145–150
- 26 Krüzer H, Kerzting M, Schion H-M. Der Stellenwert des Arbeitssimulationsgerätes ERGOS als Bestandteil der leistungsdiagnostischen Begutachtung. *Rehabilitation* 2000; 39: 175–184
- 27 Deutsche Rentenversicherung Bund. FCE-Systeme zur objektiven Erfassung der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit. 2009; verfügbar unter: www.medizinisch-berufliche-orientierung.de/erfassung-und-beschreibung-arbeits-und-berufsbezogener-problemlagen/fce-systeme (aufgerufen: 23.7.2012)
- 28 Muschalla B, Linden M. Sozialmedizinische Aspekte bei psychischen Erkrankungen. *Nervenarzt* 2011; 82: 917–931
- 29 Blaszkewitz M, Merten T. Diagnostik der Beschwerdevalidität. Diagnostik bei Simulationsverdacht: ein Update 2002 bis 2005. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie* 2007; 75: 140–154
- 30 Merten T. Negative Antwortverzerrungen in der Begutachtung. In: Thomann KD, Schröter F, Grosser V, Hrsg. *Orthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung*. München: Urban & Fischer; 2008; 337–346
- 31 Dohrenbusch R, Hennigsen P, Merten T. Die Beurteilung von Aggravation und Dissimulation in der Begutachtung psychischer und psychosomatischer Störungen. *Die Versicherungsmedizin* 2011; 63: 81–85
- 32 Noeker M, Petermann F. Simulation neurologischer versus psychischer Beschwerden. *Leserbrief*. *Psychotherapeut* 2011; 56: 449–450
- 33 Smith G, Burger G. Detection of Malingering: Validation of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 1997; 25: 183–189
- 34 Cimo M, Hollnack S, Kremer K et al. Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome. *Nervenarzt* 2003; 74: 977–986
- 35 Stevens A, Fabra M, Merten T. Anleitung für die Erstellung psychiatrischer Gutachten. *Der Medizinische Sachverständige* 2009; 105: 100–106
- 36 Schenk L, Bau A-M, Borde T et al. Mindestindikatorenansatz zur Erfassung des Migrationsstatus. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz* 2006; 49: 853–860
- 37 Dohrenbusch R, Merten T. Psychologische Mess- und Testverfahren. Aussagekraft in der sozialmedizinischen Begutachtung. *Psychotherapeut* 2010; 55: 389–393
- 38 Rogers R, Hindz JD, Sewell K. Feigning psychopathology among adolescence offenders: Validation of the SIRS, MMPI-A, and SIMS. *Journal of Personality Assessment* 1996; 67: 244–257
- 39 Merkelbach H, Smith G. Diagnostic accuracy of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) in detecting instructed malingering. *Archives of Clinical Neuropsychology* 2003; 18: 145–152
- 40 Heitmann-von Franqué L. Wirkungen experimenteller Simulation auf das MMPL Dissertation. Düsseldorf: Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf; 2006
- 41 Exner J, McDowell E, Pabst J et al. On the detection of willful falsification in the MMPL. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1963; 27: 91–94
- 42 Cassisi JE, Workmann DE. The detection of malingering and deception with a short form of the MMPI-2 based on the L, F, and K scales. *Journal of Clinical Psychology* 1992; 48: 54–58
- 43 Wetter MV, Boer RA, Berry DTR et al. MMPI-2 profiles of motivated fakers given specific symptom information: A comparison to matched patients. *Psychological Assessment* 1993; 5: 317–323
- 44 Ragby M, Rogers R, Buis T et al. Malingering and defensive response styles on the MMPI-2: an examination on validity scales. *Journal of Personality Assessment* 1994; 1: 31–38
- 45 Shores EA, Carstairs JR. Accuracy of the MMPI-2 computerized Minnesota report in identifying fake-good and fake-bad response sets. *Clinical Neuropsychology* 1998; 12: 101–106
- 46 Rabung S, Harfz T, Kowalski S et al. Psychometrische Überprüfung einer verkürzten Version der „Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH-49)“. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 2009; 55: 162–179

- 47 Mittag O, Raspe H. Eine kurze Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit: Ergebnisse einer Untersuchung an 4279 Mitgliedern der gesetzlichen Arbeiterrentenversicherung zu Reliabilität (Guttman-Skalierung) und Validität der Skala. *Rehabilitation* 2003; 42: 169-174
- 48 Kobelt A, Lieverzheidt B, Grosch E et al. Ambulante psychosomatische Nachsorge und soziale Ungleichheit. *Psychotherapeut* 2010; 55: 43-48
- 49 Wirtz M. Über das Problem fehlender Werte: Wie der Einfluss fehlender Informationen auf Analyseergebnisse entdeckt und reduziert werden kann. *Rehabilitation* 2004; 43: 109-115
- 50 Dandochi-FitzGerald B, Pondz RWHM, Peters MJV et al. Cognitive underperformance and symptom over-reporting in a mixed psychiatric sample. *The Clinical Neuropsychologist* 2011; 25: 812-828
- 51 Schmidt T, Lanquillon S, Ullmann U. Kontroverse zu Beschwerdvalidierungsverfahren bei der Begutachtung psychischer Störungen. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* 2011; 5: 177-183
- 52 Mittenberg W, Patton C, Canyok EM et al. Base rates of malingering and symptom exaggeration. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 2002; 24: 1094-1102
- 53 Stieglitz RD. Möglichkeiten und Grenzen der Selbstbeurteilung in der Begutachtung. *Nervenarzt* 2005; 76 (Suppl 1): 286
- 54 Noeker M, Petermann F. Dissoziation und Konversion. *Kindheit und Entwicklung* 2011; 20: 119-126
- 55 Linden M, Baron S, Muschalla B. Mini-ICF-Rating für psychische Störungen (Mini-ICF-APP). Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeits- bzw. Kapazitätsstörungen bei psychischen Störungen. Bern Stuttgart Toronto: Huber; 2009
- 56 Engel R, Hrsg. Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2. Manual. Bern: Huber; 2000
- 57 Wen J, Boone K. Performance on cognitive „effort“ measures in ESL and non-ESL patients. *Archives of Clinical Neuropsychology* 2005; 20: 894

Anhang E: Evaluation einer kulturoffenen präsidentären Informationsveranstaltung vor psychosomatischer Rehabilitation. Effekte auf die Gesundheitskompetenz und die Therapiemotivation bei Patienten mit und ohne Migrationshintergrund.

Göbber, J., Petermann, F. & Kobelt, A. (2012). Evaluation einer kulturoffenen präsidentären Informationsveranstaltung vor psychosomatischer Rehabilitation. Effekte auf die Gesundheitskompetenz und die Therapiemotivation bei Patienten mit und ohne Migrationshintergrund. *Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin*, 22(06), 329-335.

Der Abdruck der Publikation erfolgt mit freundlicher Genehmigung der Georg Thieme Verlags KG, Stuttgart.

Evaluation einer kulturoffenen präsidentären Informationsveranstaltung vor psychosomatischer Rehabilitation

Evaluation of a Culture-sensitive Pre-hospital Information Session Prior to Psychosomatic Rehabilitation

Autoren J. Göbber¹, F. Petermann¹, A. Kobelt^{1,2}

Institute

¹Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen, Bremen

²Abteilung Rehamanagement und Rehasteuerung Rehastrategie – Psychosomatik, DRK Braunschweig Hannover, Hannover

Schlüsselwörter

- psychosomatische Rehabilitation
- Migrationshintergrund
- Gesundheitskompetenz
- präsidentäre Vorbereitung

Key words

- psychosomatic rehabilitation
- migration background
- health literacy
- pre-treatment-counselling

Zusammenfassung

Fragestellung: Wie beeinflusst die Teilnahme an einer kulturoffenen präsidentären Informationsveranstaltung den Informationsstand, das Gesundheitswissen und die berufsbezogene Therapiemotivation.

Material und Methoden: Bei n=75 Rehabilitanden, die an einer präsidentären Vorbereitungsmaßnahme teilgenommen haben, wurden zu 2 Zeitpunkten demografische Angaben, die berufsbezogene Therapiemotivation sowie der Informationsstand und das Gesundheitswissen erhoben.

Ergebnisse: Der subjektive Informationsstand und das Gesundheitswissen verbesserten sich signifikant stärker bei den Patienten der Interventionsgruppe. Die Teilnahme hatte keinen Effekt auf die berufsbezogene Therapiemotivation. Es zeigten sich keine Unterschiede im Effekt zwischen Migranten und Deutschen.

Diskussion und Schlussfolgerung: Präsidentäre Informationsveranstaltungen verbessern den subjektiven Informationsstand und das Gesundheitswissen sowohl bei Deutschen als auch bei Migranten.

Abstract

Purpose: This study examined the effects of a culture-sensitive information session before psychosomatic rehabilitation on health-literacy and knowledge as well as the occupational therapy motivation.

Materials and Methods: Data were collected at 2 times including demographics, occupational therapy motivation before psychosomatic rehabilitation, and knowledge concerning treatment and further support services (own scale) in n=75 patients who participated in pre-treatment counselling.

Results: Health-literacy and knowledge improved significantly stronger among participants of the experimental group. Participation had no effect on the occupational therapy motivation. There were no differences in the gain of knowledge and work-related therapy motivation between immigrants and Germans.

Discussion and Conclusions: Pre-hospital information sessions contribute to the improvement of knowledge and health-literacy in patients with and without migration background.

eingereicht: 31.08.2012
angenommen: 11.09.2012

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1327595>
Phys Med Rehab Kuror
2012; 22: 329–335
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York
ISSN 0940-6689

Korrespondenzadresse

J. Göbber
Zentrum für Klinische
Psychologie und Rehabilitation
Universität Bremen
Crager Straße 6
28359 Bremen
goebber@psi-1.com

Einleitung

Patienten, die vor dem Antritt einer psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung stehen, sind oftmals nur unzureichend über den Inhalt dieser Behandlung und auch über die ergänzenden Unterstützungsmöglichkeiten informiert. Nicht nur die Angebote des gegliederten Sozialsystems und die Behandlungsinhalte, sondern auch die eigenen Verantwortungsbereiche und die primären Ziele der Rehabilitationsbehandlung (Erhalt der Erwerbsfähigkeit) sind in vielen Fällen nur unzureichend bekannt [1, 2]. Eine gute Informiertheit

ist jedoch zentral für die Gesundheitskompetenz (bzw. health literacy). Gesundheitskompetenz beschreibt die Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken [3]. Dabei sind die Bereiche der persönlichen Gesundheit, der Systemorientierung, des Konsumverhaltens, der Gesundheitspolitik und der Arbeitswelt eingeschlossen [4]. Die Gesundheitskompetenz steht mit gesundheitsrelevanten Outcomes in Zusammenhang [5] und eine geringere Gesundheitskompetenz scheint außerdem mit einer geringeren Adhärenz zur Therapie und mit schlechteren Zugängen zu den Dienstleistungen



des Gesundheitssystems in Verbindung zu stehen [6–8]. Empirische Ergebnisse haben einen Zusammenhang gezeigt zwischen einem geringen Gesundheitswissen und einem niedrigen Gesundheitszustand sowie einem schlechteren Wissen über Krankheitsprävention und -behandlung [9–11]. Zudem zeigt sich, dass eine geringere Gesundheitskompetenz zu höheren Kosten für das Gesundheitssystem führt [12]. Die vorhandenen Gesundheitskompetenzen wirken über die Gesundheits- und Krankheitsversorgung auf die Gesundheit [3]. Nach Ishikawa und Yano [13] hängt die Teilhabe im Behandlungsprozess und als Ergebnis die Gesundheit der Patienten dabei von folgenden Faktoren ab: dem zur Verfügung stehenden Wissen, dem Verständnis der Zusammenhänge um Gesundheit, der Selbstwirksamkeitsüberzeugung und den Informationsquellen. Als vulnerable Gruppen in Bezug auf die Gesundheitskompetenz gelten neben Menschen mit geringem Einkommen auch Migranten [14, 15]. Migranten haben größere Schwierigkeiten, Zugang zu relevanten Gesundheitsinformationen zu bekommen und sind häufiger fehlinformiert [16]. Eine gute Informiertheit über Unterstützungsangebote ist für die Selbstbestimmung und Selbstgestaltung von Gesundheit jedoch zentral [14]. Hierbei ist die geringere Gesundheitskompetenz von Migranten nicht vorrangig durch ihren kulturellen Hintergrund begründet, sondern resultiert aus einer Vielzahl von Risikofaktoren. Migranten in der Bundesrepublik weisen tendenziell einen niedrigeren sozioökonomischen Status und damit eine erhöhte Anzahl von Risikofaktoren auf [17, 18]. In der psychosomatischen Rehabilitation zeigen sich bei Patienten mit Migrationshintergrund schlechtere Behandlungs- und Wiedereingliederungserfolge [19–23].

Informations- und Vorbereitungsgruppen

Patienten kommen zum Teil ohne konkrete Erwartungen in die Rehabilitation [24]; zudem bestehen zwischen den Zielvorstellungen der Behandler und der Patienten oft große Diskrepanzen. Coulter und Ellins [25] berichten, dass informationsvermittelnde Interventionen sich positiv auf Patientenwissen, den Nutzen von Gesundheitsdienstleistungen und das Gesundheitsverhalten sowie den Gesundheitsstatus auswirken. Informations- und Vorbereitungsgruppen setzen am Übergang aus der häuslichen Umgebung in die stationäre psychosomatische Rehabilitation an [26, 27]. Dieser Übergang stellt zumindest für eine Teilgruppe von Patienten eine Barriere dar und ist bei diesen Personen durch ungünstige Einstellungen und Erwartungen sowie durch Ängste und Motivationsdefizite geprägt. Prästationäre Maßnahmen, beispielsweise in Gruppen, führen zu einer vergleichsweise besseren Informiertheit der Patienten über die Rehabilitationsmaßnahme und einem besseren Befinden [1]. Es gibt bereits verschiedene Interventionen, mit denen Patienten auf eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme vorbereitet werden können, die ambulante Rehabilitationsvorbereitung in Form von Gruppen ist bisher jedoch kaum verbreitet und auch die Wirksamkeit strukturierter prästationärer Vorbereitungsveranstaltungen ist bisher kaum systematisch evaluiert [28]. Kobelt et al. [29] untersuchten die Gründe, warum Patienten ein bewilligtes medizinisches Heilverfahren nicht antreten. Sie weisen in dieser Untersuchung auf die Notwendigkeit hin, Unsicherheiten der Versicherten möglichst schon im Vorfeld, beispielsweise durch Informationsveranstaltungen, zu begegnen. Eine Informations- und Vorbereitungsgruppe bietet die Möglichkeit, die Gesundheitskompetenz der Patienten gezielt zu erhöhen. Dazu gehört auch, die Grenzen des Verantwortungs-

bereichs der Rentenversicherungsträger zu erläutern und Unterschiede zwischen der Akutversorgung und den Leistungen durch die Rentenversicherungsträger darzustellen. Patienten sollen so zu kompetenten Partnern und Experten werden, die Verantwortung für ihr Gesundheitsverhalten übernehmen, was auch den Empfehlungen von Dirmaier und Härter [30] nach einer Stärkung der Selbstbeteiligung in der Rehabilitation entspricht. Patienteninformationen und Schulungsprogramme sollten die Themen „berufsbezogene Interventionen“, „Nachsorge“ und „Ziele“ beinhalten [30]. Hierbei ist es wichtig, auch die Zielgruppen zu erreichen, die sich durch eine geringe Gesundheitskompetenz charakterisieren lassen. Um diese vulnerable Personengruppe zu erreichen und sie mit den nötigen Informationen zu versorgen, sind kultursensible Angebote notwendig [15, 31, 32]. Ein Weg zum Abbau von Kommunikationsbarrieren ist die Informationsvermittlung in der Muttersprache [14]. Es sind niedrigschwellige Angebote in Form von mehrsprachigen oder interkulturell sensible Beratungs- und Therapieangebote notwendig [33]. Niedrigschwellige und kultursensible Angebote für den Bereich der psychischen Erkrankungen werden auch in den „12 Sonnenberger Leitlinien“ gefordert [34].

In der vorliegenden Untersuchung wurde ein Angebot entwickelt und evaluiert, welches dem dargestellten Bedarf der Kultursensibilität und der sozialmedizinischen Informationsvermittlung nachkommt. Die Wirksamkeit bei Patienten mit und ohne Migrationshintergrund wurde anhand der folgenden Fragestellungen untersucht.

Material und Methodik

▼ Fragestellungen

1. Lässt sich mithilfe einer prästationären Informationsveranstaltung der subjektive Informationsstand und das Gesundheitswissen bezogen auf eine psychosomatische Rehabilitationsbehandlung und die Unterstützungsangebote der Deutschen Rentenversicherung verbessern?
2. Beeinflusst die Teilnahme an einer prästationären Informationsveranstaltung die Therapiemotivation?
3. Verändert sich der subjektive Informationsstand und das Gesundheitswissen sowie die Therapiemotivation bei Migranten und Deutschen in gleichem Maße?

Inhaltliche Darstellung der prästationären Informationsveranstaltung

Das Angebot richtet sich an Patienten nach Bewilligung einer psychosomatischen Rehabilitation. In der prästationären Informationsveranstaltung werden den Patienten in einem 45 min Vortrag und anhand eines kurzen Filmes¹ Grundlagen zu folgenden Themen vermittelt:

- ▶ Einführung in die Begrifflichkeit und das Konzept „Psychosomatik“,
- ▶ Bedeutung von Arbeit,
- ▶ Ziele und Inhalte der Rehabilitationsbehandlung (Reha vor Rente, Erhalt und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, Förderung der Teilhabe, Mitwirkungspflicht),
- ▶ das therapeutische Team,
- ▶ Abgrenzung zur Krankenbehandlung.

¹ Der Videofilm wurde uns freundlicherweise von Prof. Dr. Claus Bischoff von der AHG Klinik für Psychosomatik in Bad Dürkheim zur Verfügung gestellt.

- ▶ Unterstützungsmöglichkeiten nach dem Rehaufenthalt (Telefonische Nachsorge, Psychosomatisches Fallmanagement, Ambulante Psychosomatische Nachsorge [35], Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben[35] und
- ▶ Organisatorisches (Zuzahlungen, Übergangsgeld und Krankengeldzeiten, Begutachtung des Leistungsvermögens, Stufenweise Wiedereingliederung).

Der Vortrag wird durch eine PowerPoint-Präsentation unterstützt. Die Folien werden den Patienten vor Beginn der Veranstaltung als Ausdruck zur Verfügung gestellt. Während und nach dem Vortrag haben die Patienten die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Die Gruppengröße ist flexibel, die Patienten können Angehörige/Vertraute zu der Veranstaltung mitbringen. Hierin liegt ein kultursensibler Aspekt der Veranstaltung. Bei Personen aus familienorientierten Kulturen, wie es bei den Haupteinwanderungsländern Deutschlands der Fall ist, ist das soziale System, die (Groß-)Familie von zentraler Bedeutung, vor allem im Krankheitsfall. In ihr findet der Betroffene mit übermäßiger Versorgung, der Begleitung zum Arzt und der ständigen Anwesenheit von Familienangehörigen, um Mitgefühl und Solidarität zu bekunden. Ein wie in der individualistisch denkenden deutschen Kultur üblicher weitestgehender Ausschluss der Familie birgt stets die Gefahr einer mangelnden Akzeptanz der Angebote. Weiter wurden die Präsentation, die Einladung und die Evaluationsfragebögen von einem Übersetzungsbüro ins Türkische übertragen. Aus ökonomischen Gründen fand zunächst nur eine Übersetzung in eine Fremdsprache statt. Die Gruppe der türkischstämmigen Migranten ist die größte Gruppe von Migranten in Deutschland [36], daher fand eine Übersetzung ins Türkische statt. Perspektivisch wäre auch eine Übersetzung in weitere Sprachen sinnvoll, z. B. ins Russische. Durch die Übersetzung werden auch die Patienten einbezogen, die über geringe Deutschkenntnisse verfügen. Es bietet den Patienten zudem die Möglichkeit, die wichtigsten Informationen noch einmal zu Hause nachzuvollziehen und verdeutlicht die Akzeptanz und Wertschätzung der kulturellen Hintergründe der Patienten. Die Kombination aus einer deutschsprachigen Informationsveranstaltung und muttersprachlichen Informationsmaterialien fördert die kultursensible Integration.

Abgrenzung zu anderen Angeboten

Zur Vorbereitung auf die psychosomatische Rehabilitation liegen bereits Angebote anderer Autoren vor. Hier sind z. B. das Bad Dürkheimer Prä-Post-Projekt [1] oder die patientenorientierte Vorbereitung auf psychosomatische Rehabilitation von Lange et al. [2,37] zu nennen. Das vorliegende Angebot grenzt sich von diesen Angeboten durch die klare sozialmedizinische Fokussierung mit dem Ziel der Wissens- und Informationsvermittlung ab. In Abgrenzung zu den bestehenden Angeboten werden keine inhaltlich-therapeutischen Themen behandelt. Das Angebot „Berufliche Zukunft“ des RehaZentrums Bad Eilsen hat ebenso wie das vorliegende Konzept eine sozialmedizinische Ausrichtung [38]. Es besteht jedoch aus mehreren Modulen und stellt eine Intervention während der Rehabilitationsbehandlung dar. Gerade in der Abgrenzung von Reha- und Akutbehandlung ist es jedoch wichtig, die Patienten schon vor Antritt der Behandlung über sozialmedizinische Inhalte aufzuklären.

In keinem der uns bekannten Angebote werden Migranten, auch mit geringen Deutschkenntnissen, welche einen besonders hohen sozialmedizinischen Informationsbedarf haben, berücksichtigt.

Das vorliegende Angebot grenzt sich durch die Kombination der folgenden Merkmale von bereits bestehenden Angeboten ab:

- ▶ Kultursensibilität und niedrigschwelliger Zugang für schwer erreichbare Patientengruppen (Migranten)
- ▶ sozialmedizinischer Schwerpunkt
- ▶ prästationärer Ansatz
- ▶ klinikübergreifendes Angebot.

Erhebung

Von März bis September 2011 wurden alle Versicherten der DRV Braunschweig-Hannover, deren Antrag auf eine psychosomatische Rehabilitation bewilligt worden war und die im Bereich Hannover wohnhaft waren², zu der Informationsveranstaltung später eingeladen. Diese fand ca. 2 Wochen später statt. Die Versicherten erhielten zusammen mit der Einladung einen Fragebogen³. Die Teilnahme war freiwillig. Aus den Patienten, welche zu der Veranstaltung erschienen, wurde die Interventionsgruppe gebildet. Die Informationsveranstaltungen fanden in Hannover statt und wurden von der Erstautorin oder einer bei der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover tätigen Diplom-Sozialpädagogin durchgeführt. Im Anschluss an die Veranstaltung erhielten die Teilnehmer erneut einen Fragebogen⁴. Zur Rekrutierung der Kontrollgruppe wurde im Zeitraum von Juni bis September 2011 Fragebögen an alle Patienten der DRV Braunschweig-Hannover versandt, deren Antrag auf psychosomatische Rehabilitation bewilligt worden war und die nicht aus dem Gebiet Hannover kamen. Weiter wurden im Oktober 2011 zusätzlich allen Patienten aus dem Gebiet Hannover Fragebögen der Kontrollgruppe zugesandt. Der Fragebogen der Kontrollgruppe enthielt demografische Angaben, den Fragebogen zur berufsbezogenen Therapiemotivation (FBTM) und Fragen zum subjektiven Informationsstand und dem Gesundheitswissen (eigene Skalen). An die Patienten, welche den Fragebogen „Prä“ zurücksandten, wurde 2 Wochen später ein weiterer Fragebogen versandt, welcher ebenfalls den Fragebogen zur berufsbezogenen Therapiemotivation (FBTM) und Fragen zum subjektiven Informationsstand und dem Gesundheitswissen (eigene Skalen) enthielt.

Erfassung des Migrationshintergrundes

Zur Gruppe der Patienten mit Migrationshintergrund wurden gemäß der Definition von Schenk et al. [39] Personen gezählt, die in einem anderen Land geboren worden waren, eine nicht-deutsche Staatsangehörigkeit hatten, von denen Eltern oder Großeltern nicht in Deutschland geboren worden waren oder die Deutsch nicht als Muttersprache erlernt hatten.

Konstruktion eines Schichtindex

Zur Bestimmung der sozioökonomischen Situation der Patienten wurde ein vertikaler Schichtindex anhand der Merkmale Schulbildung, Berufsstatus und Einkommen konstruiert [40]. Mittels dieser Einteilung lässt sich ein Schichtindex von 3 (ungünstigste Soziallage) bis 9 (günstigste Soziallage) errechnen. Personen, die unter 5 Punkte erhalten, werden der Gruppe A

² Postleitzahlengebiet 30xxxx.

³ In dem Fragebogen („Prä“) enthalten waren demografische Angaben, der Fragebogen zur berufsbezogenen Therapiemotivation (FBTM) und 2 eigene Skalen (Subjektiver Informationsstand und Gesundheitswissen).

⁴ In dem Fragebogen („Post“) enthalten waren der Fragebogen zur berufsbezogenen Therapiemotivation (FBTM), 2 eigene Skalen (Subjektiver Informationsstand und Gesundheitswissen) und Fragen zur subjektiven Bewertung der Veranstaltung.



Tab. 1 Beispielfragen der Skala „Gesundheitswissen Psychosomatische Rehabilitation“.

| | |
|--|---------|
| Frage 7: Ein Ziel der Rehabilitationsbehandlung ist der Erhalt und die Wiederherstellung der Erwerbstätigkeit. | KORREKT |
| Frage 8: Wenn ich meine Rehabilitationsbehandlung verlängern möchte, so kann ich das bereits vor Antritt der Behandlung tun. | FALSCH |
| Frage 9: Auf die mir zustehenden 78 Wochen Krankengeld wird der Zeitraum der Rehabilitationsbehandlung, in der ich Übergangsgeld beziehe, mit angerechnet. | KORREKT |
| Frage 10: Zu den Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, damit ich Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bekommen kann, gehört, dass ich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ein volles Leistungsvermögen habe. | KORREKT |
| Frage 11: Zu den typischen Inhalten einer psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung gehören unterhaltsame Tanzabende. | FALSCH |

(Unterschicht), Personen, die 5 oder 6 Punkte erreichen, der Gruppe B (Mittelschicht) und Personen, die mehr als 6 Punkte erreichen, der Gruppe C zugeordnet (Oberschicht) [41, 42].

Subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit (SPE)

Die 4-stufige SPE-Skala umfasst 3 Items, die eine Erfassung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit erlauben. Mittag und Raspe [43] haben einen Grenzwert für die subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit vorgeschlagen, anhand dessen die Gruppe der negativen und der positiven subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit gebildet werden können. Für Rehabilitanden mit einer negativen Prognose gilt, dass das Risiko, aus dem Erwerbsleben in den nächsten 5 Jahren auszuschneiden, ohne eine individuelle, auf ihre arbeitsplatzbezogenen Probleme zugeschnittene Betreuung, signifikant erhöht ist.

Subjektiver Informationsstand

Der subjektive Informationsstand über die Möglichkeiten der psychosomatischen Rehabilitation und die Angebote der DRV wurde durch die Fragen „Ich weiß, was mich in einer psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung mehr oder weniger erwartet.“ und „Ich fühle mich gut informiert in Bezug auf Unterstützungsmöglichkeiten der Deutschen Rentenversicherung.“ erfasst. Die Patienten sollten hier jeweils auf einer 4-stufigen Skala angeben, wie sehr sie der Aussage zustimmen. Es wurde der Mittelwert der beiden Items gebildet. Zur Abbildung des subjektiven Wissenszuwachses wurde die Differenz des Prä- und Postwertes gebildet (Post minus Prä). Es konnten Werte zwischen -3 (maximale Wissenreduktion) und +3 (maximaler Wissenszuwachs) erreicht werden.

Gesundheitswissen

Das Gesundheitswissen wurde mithilfe von 20 Items erhoben. Bei den Items handelte es sich um Aussagen zum Themenbereich der psychosomatischen Rehabilitation und den Unterstützungsmöglichkeiten der DRV. Beispielfragen finden sich in [Tab. 1](#). Die Patienten sollten jeweils ankreuzen, ob die Aussage korrekt oder falsch ist. Zur Abbildung des Wissenszuwachses wurde für jedes Itempaar (prä-post) eine neue Variable „Differenz Reha-wissen prä-post“ (-1 bei Wissensabnahme, 0 bei keiner Veränderung und 1 bei Wissenszuwachs) gebildet. Die Einzelwerte dieser 20 neu gebildeten Variablen wurden summiert. Es konnten Werte zwischen -20 (maximale Wissenreduktion) und 20 (maximaler Wissenszuwachs) erreicht werden.

Fragebogen zur berufsbezogenen Therapiemotivation (FBTM)

Mit dem FBTM [44] liegt ein valides und reliables Verfahren vor, das die berufsbezogene Behandlungsmotivation im Kontext der psychosomatischen Rehabilitation erfasst. Der Fragebogen zur berufsbezogenen Therapiemotivation besteht aus 24 Items. Es lässt sich ein sowohl in Gesamtscore als auch 4 Unterskalen berechnen. In der vorliegenden Untersuchung wurde der Gesamtscore verwendet.

Statistik

Die Auswertungen wurden mithilfe von SPSS Version 15.0 vorgenommen. Es wurden T-Tests und Wilcoxon-Rangsummen-Tests sowie Chi-Quadrat-Tests gerechnet. Weiter wurde eine 2-faktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung gerechnet.

Ergebnisse

▼ Rücklauf

In der Interventionsgruppe wurden 306 Einladungen versandt, es nahmen 123 Personen teil und von 81 Personen lagen die Fragebögen für beide Zeitpunkte vor. In der Kontrollgruppe wurden 322 Fragebögen versandt und 86 Personen sandten beide Fragebögen zurück. Auf eine weitergehende Analyse von Respondern und Non-Respondern wurde aufgrund des Mangels an Informationen über die Non-Responder verzichtet.

Analyse der fehlenden Werte

Die Analyse der fehlenden Werte wurde nach den Empfehlungen von Wirtz [38] durchgeführt. Dazu wurde zunächst untersucht, ob es Variablen oder Personen gab, bei denen mehr als 30% der Werte fehlten. Diese wurden von der weiteren Analyse ausgeschlossen. In der Interventionsgruppe wurden 6 von 81 Personen ausgeschlossen. In der Gruppe mit mehr als 30% fehlenden Werten waren signifikant mehr Migranten. Im Alter, in der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit und im Schichtindex zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Personen mit mehr als 30% fehlenden Werten und den Personen mit vollständigeren Datensätzen. In der Kontrollgruppe musste nur eine von 86 Personen von der weiteren Analyse ausgeschlossen werden, hier wurde auf eine nähere Analyse verzichtet.

Beschreibung der Stichproben

Zwischen der Interventions- (N=75) und der Kontrollgruppe (N=84) zeigten sich keine Unterschiede bezogen auf das Alter, die Geschlechterverteilung, den Familienstand, den Ausbildungsstand und die subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit. Allerdings fand sich in der Interventionsgruppe ein höherer Anteil von Personen mit Migrationshintergrund. Aufgrund der geringen Zahl von Patienten mit Migrationshintergrund in der Kontrollgruppe wurde nur für die Interventionsgruppe eine gesonderte Auswertung von Deutschen und Migranten vorgenommen. Es zeigten sich Unterschiede in der Schichtzugehörigkeit zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. In der Experimentalgruppe war die Unterschicht weniger stark und die Mittelschicht stärker vertreten als in der Kontrollgruppe (vgl. [Tab. 2](#)).

Tab. 2: Beschreibung der Stichproben.

| | Interventionsgruppe N=75 | Kontrollgruppe N=84 | p |
|--|--|--|--------------------------------------|
| Alter in Jahren | $\bar{x}=44,4$; $\sigma=10,37$ | $\bar{x}=46,5$; $\sigma=8,85$ | $T=1,345$; $df=157$; n.s. |
| Geschlecht | 44,6% männlich | 50,6% männlich | $\chi^2=0,566$; $df=1$; n.s. |
| Migrationshintergrund | 33,3% Migrationshintergrund | 12,0% Migrationshintergrund | $\chi^2=10,351$; $df=1$; $p=0,002$ |
| Familienstand | 22,7% ledig 48,0% verheiratet 4,0% feste Partnerschaft 18,7% geschieden 5,0% verwitwet | 19,0% ledig 54,8% verheiratet 9,5% feste Partnerschaft 16,7% geschieden 0,0% verwitwet | $\chi^2=8,039$; $df=4$; $p=n.s.$ |
| Berufsausbildung | 72,6% Lehre/Fachschule 15,1% Fachhochschule/Universität 12,3% keine Berufsausbildung | 73,5% Lehre/Fachschule 8,4% Fachhochschule/Universität 18,1% keine Berufsausbildung | $\chi^2=2,319$; $df=2$; n.s. |
| subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit | 32,9% gefährdet | 36,9% gefährdet | $\chi^2=0,275$; $df=1$; n.s. |
| Schichtindex | 38,2% Unterschicht 47,1% Mittelschicht 14,7% Oberschicht | 62,3% Unterschicht 23,4% Mittelschicht 14,3% Oberschicht | $\chi^2=9,988$; $df=2$; $p=0,007$ |

Tab. 3 Mittelwerte und Standardabweichungen für die berufsbezogene Therapiemotivation gemessen mit dem FBTM und Ergebnisse der Varianzanalysen mit Messwiederholung für die Kontroll- und Interventionsgruppe.

| Subjektiver Informationsstand | | | |
|--|---|---|--|
| | Interventionsgruppe N=71 | Kontrollgruppe N=80 | Mann-Whitney- U=1668,5; Z=4,574; p<0,001 |
| Differenz | $\bar{x}=0,6$; $\sigma=0,7$ mittlerer Rang: 92,5 | $\bar{x}=0,1$; $\sigma=0,5$ mittlerer Rang: 61,4 | |
| Gesundheitswissen | | | |
| | Interventionsgruppe N=56 | Kontrollgruppe N=68 | T=2,662; df=122; p=0,009 |
| Differenz | $\bar{x}=1,1$; $\sigma=1,8$ | $\bar{x}=0,2$; $\sigma=1,8$ | |
| Berufsbezogene Therapiemotivation (FBTM Gesamtscore) | | | |
| | Interventionsgruppe | Kontrollgruppe | Zeit: F=0,398; p=0,529 |
| Prä | $\bar{x}=88,6$; $\sigma=11,0$ | $\bar{x}=88,0$; $\sigma=12,8$ | |
| Post | $\bar{x}=88,0$; $\sigma=12,7$ | $\bar{x}=89,4$; $\sigma=13,0$ | Zeit x Gruppe: F=2,207; p=0,139 |

Beantwortung der Fragestellung Lässt sich mithilfe einer prästationären Informationsveranstaltung der subjektive Informationsstand und das Gesundheitswissen bezogen auf eine psychosomatische Rehabilitationsbehandlung und die Unterstützungsangebote der DRV verbessern?

90,4% (Rehabilitationsbehandlung) bzw. 94,4% (Unterstützungsangebote DRV) der Patienten gaben an, nach der Teilnahme an der Gruppe besser informiert zu sein. Es zeigt sich für den subjektiven Informationsstand und das Gesundheitswissen ein signifikant größerer Wissenszuwachs bei der Interventionsgruppe (vgl. Tab. 3).

Hat die Teilnahme an einer prästationären Informationsveranstaltung einen Einfluss auf die berufsbezogene Therapiemotivation gemessen mit dem FBTM?

Für den Gesamtscore des FBTM lässt sich weder ein Effekt des Messzeitpunkts, noch ein Interaktionseffekt der Zeit mit der Versuchsgruppe nachweisen (vgl. Tab. 3). Bei der Interven-

Tab. 4 Mittelwerte und Standardabweichungen für die berufsbezogene Therapiemotivation gemessen mit dem FBTM, den subjektiven Informationsstand und das Gesundheitswissen sowie Ergebnisse der Varianzanalysen mit Messwiederholung für Migranten und Deutsche der Interventionsgruppe.

| Subjektiver Informationsstand | | | |
|--|---|---|---|
| | Migranten N=24 | Deutsche N=47 | Mann-Whitney- U=451000; Z=-1,414; p=0,157 |
| Differenz | $\bar{x}=0,4$; $\sigma=0,8$ mittlerer Rang: 31,3 | $\bar{x}=0,6$; $\sigma=0,6$ mittlerer Rang: 38,4 | |
| Gesundheitswissen | | | |
| | Migranten N=13 | Deutsche N=43 | Wilcoxon- W=1201,500; Z=-0,471; p=0,638 |
| Differenz | $\bar{x}=1,1$; $\sigma=1,9$ mittlerer Rang: 30,4 | $\bar{x}=1,1$; $\sigma=1,8$ mittlerer Rang: 27,9 | |
| Berufsbezogene Therapiemotivation (FBTM Gesamtscore) | | | |
| | Migranten N=23 | Deutsche N=50 | Zeit: F=1,147; p=0,288 |
| Prä | $\bar{x}=89,0$; $\sigma=8,8$ | $\bar{x}=88,4$; $\sigma=12,0$ | |
| Post | $\bar{x}=86,5$; $\sigma=11,9$ | $\bar{x}=88,7$; $\sigma=13,1$ | Zeit x Gruppe: F=1,972; p=0,165 |

tionsgruppe findet eine minimale Abnahme der Therapiemotivation statt (88,6→88,0 Punkte), bei der Kontrollgruppe findet eine minimale Zunahme statt (88,0→89,4 Punkte). Diese Unterschiede sind jedoch nicht signifikant.

Profitieren Patienten mit Migrationshintergrund in gleichem Maße von einer prästationären Informationsveranstaltung wie deutsche Patienten?

Zwischen Migranten und Deutschen, die an der Informationsveranstaltung teilgenommen haben, zeigen sich keine Unterschiede in der Veränderung des subjektiven Informationsstandes und des Gesundheitswissens sowie der berufsbezogenen Therapiemotivation gemessen mit dem FBTM (vgl. Tab. 4). Bezogen auf den subjektiven Informationsstand fand bei den Migranten ein minimal geringerer Wissenszuwachs statt als bei den Deutschen. Bezogen auf das Gesundheitswissen hatten Migranten und Deutsche genau den gleichen Wissenszuwachs. Die berufsbezogene Therapiemotivation nahm bei den Migranten mi-

nimal ab und bei den Deutschen minimal zu. Keiner der hier genannten Unterschiede wurde signifikant.

Diskussion

Es zeigt sich, dass die Teilnahme an der Informationsveranstaltung den subjektiven Informationsstand und das Gesundheitswissen beeinflusst. Die Patienten fühlen sich nach der Teilnahme an der Gruppe besser informiert und dies spiegelt sich auch auf den Skalen des subjektiven Informationsstands und des Gesundheitswissens wider. Geht man davon aus, dass einen wichtigen Aspekt der Gesundheitskompetenz die Informiertheit darstellt, so leistet die Veranstaltung einen Beitrag zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz der Patienten. Wie dargestellt, ist eine gute Gesundheitskompetenz mit zahlreichen positiven Outcomes verbunden. Doch trotz der signifikanten Ergebnisse in der vorliegenden Studie sollte die Bedeutung dieser mit Vorsicht interpretiert werden. Wie sich in der Ergebnisdarstellung erkennen lässt, ist der absolute Wissenszuwachs gering und es wäre wünschenswert, einen größeren Wissenszuwachs zu erzielen. Es ist nicht auszuschließen, dass durch die Freiwilligkeit der Teilnahme bereits ein Selektionseffekt eingetreten ist. In der Interventionsgruppe waren, verglichen mit der Kontrollgruppe, mehr Angehörige der Mittelschicht und weniger Angehörige der Unterschicht. Möglicherweise hätte aber genau diese Personengruppe in besonderem Maße von der Veranstaltung profitiert. Da auch das Ausfüllen der Fragebögen vor und nach der Veranstaltung freiwillig war, kam es hier zu einer weiteren Reduktion der auswertbaren Datensätze und ein Einfluss auf die Ergebnisse hierdurch kann nicht ausgeschlossen werden. Hier ist zu beachten, dass es möglicherweise durch die teilweise sehr schwierigen Items zu einem weiteren Selektionseffekt kam, da das Beantworten dieser für Migranten eine große Herausforderung gewesen sein könnten. Auch für Patienten mit einem geringeren Bildungsniveau stellt das Beantworten der Fragen in dieser Untersuchung möglicherweise eine Hürde dar. Dabei ist die Abgrenzung von schicht- und migrationspezifischen Aspekten, wie auch schon in anderen Untersuchungen dargestellt schwierig [17, 41]. Die Responder-Rate bei der Kontrollgruppe war vergleichsweise gering. In der Interventionsgruppe fand sich ein größerer Anteil an Migranten. Obwohl Personen mit Migrationshintergrund als eine schwer zu erreichende Personengruppe bei präventiven Maßnahmen gelten [14], deuten die Zahlen der vorliegenden Studie darauf hin, dass das Angebot der Informationsveranstaltung von Migranten genutzt wurde. Der hohe Anteil von Migranten in der Interventionsgruppe gibt sogar Anlass zu der Interpretation, dass das Angebot bei den Patienten mit Migrationshintergrund besonderen Anklang gefunden hat. Leider mussten in der Auswertung mehr Migranten als Deutsche von der Auswertung aufgrund über 30 % fehlender Werte in den Fragebögen ausgeschlossen werden. Daher war die auswertbare Stichprobe der Migranten klein und die Ergebnisse sind mit den entsprechenden Einschränkungen zu interpretieren. Da in der Kontrollgruppe die Stichprobe der Migranten noch kleiner war, wurde hier auf einen Vergleich von Migranten und Deutschen verzichtet. In der Interventionsgruppe zeigte sich, dass die Migranten in gleichem Maße von der Informationsveranstaltung profitierten, wie die deutschen Patienten. Auch bei ihnen zeigte sich ein Zuwachs des subjektiven Informationsstandes und des Gesundheitswissens. Die Ergebnisse sprechen also dafür, dass das untersuchte Konzept sich für Personen mit und ohne Migra-

tionshintergrund eignet. Dies unterstreicht die These, dass eine Optimierung der Versorgung von Migranten nicht zwangsläufig spezieller Migranten-Angebote bedarf. Durch psychoedukative Angebote, welche kulturoffen gestaltet werden (bspw. Übersetzung der Materialien in die Muttersprachen), lassen sich Migranten ebenso erreichen [18]. Gleichzeitig werden die deutschen Patienten nicht ausgeschlossen, wie es bei rein muttersprachlichen Angeboten der Fall ist.

Auf die berufsbezogene Therapiemotivation gemessen mit dem FBTM hat die Teilnahme an der Gruppe keinen Einfluss. Auch wenn es sich um eine reine Informationsveranstaltung handelt und explizit nicht um eine therapeutische Intervention, so ist es dennoch beachtenswert, dass sich keine Veränderungen in der Therapiemotivation finden. Da in der einleitend dargestellten Literatur eine enge Verknüpfung von Gesundheitswissen und Behandlungserfolgen berichtet wird, wäre durchaus eine Veränderung der Therapiemotivation vorstellbar gewesen. Nachfolgende Studien könnten untersuchen, ob und unter welchen Umständen informationsvermittelnde Interventionen auch einen Einfluss auf die (berufsbezogene) Therapiemotivation haben können.

Eine Einschränkung der Studie liegt in der hohen Rate der Non-Responder sowohl in der Interventions-, als auch in der Kontrollgruppe, welche mit Einschränkungen in der Generalisierbarkeit der Ergebnisse verbunden ist.

Die vorliegenden Ergebnisse sprechen für die Wirksamkeit der Veranstaltung im Sinne einer Verbesserung der Informiertheit und damit verbunden auch der Gesundheitskompetenz der Patienten. Inhalt zukünftiger Langzeit-Studien sollte es nun sein, zu untersuchen, ob sich durch die Erhöhung der Informiertheit auch eine Verbesserung der Behandlungsergebnisse und eine Reduktion der Kosten für das Gesundheitssystem nachweisen lassen [12]. Die vorliegenden Ergebnisse liefern klare Hinweise dafür, dass edukativ-gestaltete prästationäre Informationsveranstaltungen im Bereich der Psychosomatik einen ökonomischen Ansatz zur Versorgungsoptimierung bei Deutschen und Migranten darstellen. Das vorliegende Konzept eignet sich, um die Patientengruppe der Migranten zu erreichen und effektiv zu informieren. Gleichzeitig stellt es kein reines Migrantenangebot (bspw. in der Muttersprache) dar, welches deutsche Patienten ausschließen würde. Die sozialmedizinische Orientierung und der standardisierte Vortrag machen zudem die Umsetzung durch verschiedene Berufsgruppen einschließlich Verwaltungskräfte möglich. Damit vereint das vorliegende Konzept Kultursensibilität und Ökonomie.

Fazit

Durch eine prästationäre Informationsveranstaltung lässt sich der subjektive Informationsstand und das Gesundheitswissen der Patienten verbessern. Migranten profitieren in gleichem Maße wie deutsche Patienten. Ziel weiterer Forschungen sollte sein: 1. Die inhaltliche Weiterentwicklung des Angebotes mit dem Ziel eines größeren Zuwachses der Informiertheit. 2. Die Untersuchung des Einflusses der Teilnahme an prästationären Informationsveranstaltungen auf den Behandlungserfolg und Wiedereingliederungserfolge.



Literatur

- 1 Bischoff C, Gönner S, Erhardt M et al. Ambulante vor- und nachbereitende Maßnahmen zur Optimierung der stationären psychosomatischen Rehabilitation – Ergebnisse der Bad Dürkheimer Prä-Post-Projekts. *Verhaltenstherapie* 2005; 15: 78–87
- 2 Best M, Lange M, Karpinski W, Best M et al. Psychosomatische Rehabilitation: Effekte einer prästationären Beratung durch die Rentenversicherung. *Rehabilitation* 2009; 48: 283–287
- 3 Hartung S. Partizipation – eine relevante Größe für individuelle Gesundheit? Discussion Paper. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung; 2011
- 4 Kickbusch I. Gesundheitskompetenz. *Public Health News* 2006; 3: 10
- 5 Wolf M, Gazmararian J, Baker D. Health Literacy and Functional Health Status among Older Adults. *Arch Int Med* 2005; 165: 1946–1952
- 6 Wagner C, Steptoe A, Wolf MS et al. Health Literacy and Health Actions: A Review and a Framework for Health Psychology. *Health Education and Behavior* 2009; 36: 860–877
- 7 Howard DH, Gazmararian J, Parker RM. The impact of low health literacy on the medical costs of medicare managed care enrollees. *Am J Med* 2005; 118: 371–377
- 8 Sudore RL, Mehta KM, Simonsick EM et al. Limited Literacy in Older People and Disparities in Health and Healthcare Access. *J Am Ger Soc* 2006; 54: 770–776
- 9 Rudd RE, Moczyms BA, Colton TC. Health and literacy: A Review of Medical and public health literature. *Ann Rev Adult Learning and Literacy* 2000; 1: 158–199
- 10 Williams MV, Baker DW, Parker RM et al. Relationship of Functional Health Literacy to Patient's knowledge of their chronic disease: A study of patients with hypertension and diabetes. *Arch Int Med* 1998; 158: 166–172
- 11 Gazmararian JA, Baker DW, Williams MV et al. Health literacy among medicare enrollees in a managed care organization. *J Am Med Assoc* 1999; 281: 545–551
- 12 Weisz BD, Palmer R. Relationship Between Health Care Costs and Very Low Literacy Skills in a Medically Needy and Indigent Medicaid Population. *J Am Board of Family* 2004; 17: 44–47
- 13 Ishikawa H, Yano E. Patient Health Literacy and Participation in the Health-care Process. *Health Expectations* 2008; 11: 113–122
- 14 Walter U, Salmeron R, Krauth C et al. Migranten gezielt erreichen: Zugangsweg zur Optimierung der Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen. *Psychiatr Prax* 2007; 34: 349–353
- 15 Kreps GL, Sparks L. Meeting the health literacy needs of immigrant populations. *Patient Education and Counseling* 2008; 71: 328–332
- 16 Institute of Medicine. *Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care*. Washington, DC: National Academy of Sciences Press; 2002
- 17 Göbber J, Petermann F, Piegza M et al. Beschwerdenvalidierung bei Rehabilitanden mit Migrationshintergrund in der Psychosomatik. *Rehabilitation* 2012; 51: 356–364
- 18 Pfeiffer W, Göbber J, Winkler M et al. Stationäre psychosomatische Rehabilitationsbehandlung von Versicherten mit Migrationshintergrund. In: Petermann F (eds.). *Neue Ansätze in der psychosomatischen Rehabilitation*. Regensburg: S. Roderer Verlag; 2010; 49–70
- 19 Göbber J, Pfeiffer W, Winkler M et al. Stationäre psychosomatische Rehabilitationsbehandlung von Patienten mit türkischem Migrationshintergrund. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 2010; 58: 181–187
- 20 Kobelt A, Göbber J, Petermann F. Die Bedarfsfrage in der Rehabilitation und die Versorgung neuer Zielgruppen. Migranten in der Psychosomatischen Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2011; 54: 475–481
- 21 Schmeling-Kludatz C, Fröschlin R, Boll-Klatt A. Stationäre psychosomatische Rehabilitation für türkische Migranten: Was ist realisierbar, was ist erreichbar? *Rehabilitation* 2003; 42: 363–370
- 22 Nickel C, Łojewski N, Muehlbacher M et al. Behandlungsergebnisse stationärer psychosomatischer Rehabilitation bei türkischen Migranten: Eine prospektive Studie. *Gesundheitswesen* 2006; 68: 147–153
- 23 Koch U, Petermann F. Innovationen in der medizinischen Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2011; 54: 401–403
- 24 Lange M, Karpinski W, Best M et al. Beeinflusst die Beschäftigung mit der Erkrankung die Behandlung von Patienten mit psychosomatischen Störungen. *Z Psychiatr Psychol Psychother* 2010; 58: 137–144
- 25 Coulter A, Ellinz J. Effectiveness of Strategies for Informing, Educating, and Involving Patients. *Brit Med J* 2007; 335: 24–27
- 26 Kobelt A, Winkler M, Petermann F. Vorbereitung und Nachbereitung der medizinischen Rehabilitation am Beispiel der psychosomatischen Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2011; 54: 451–457
- 27 Lange M, Petermann F. Psychosomatische Rehabilitation. *Z Psychiatr Psychol Psychother* 2010; 58: 207–217
- 28 Petermann F, Koch U. Psychosomatische Rehabilitation – Quo vadis? *Rehabilitation* 2009; 48: 257–262
- 29 Kobelt A, Wasmuz A, Croesch E et al. Warum treten Versicherte ein bewilligtes medizinisches Heilverfahren nicht an? *Phys Med Rehab Kuror* 2006; 16: 31–37
- 30 Dirmaier J, Härtter M. Stärkung der Selbstbeteiligung in der Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2011; 54: 411–419
- 31 Kreps GL, Kunimoto E. *Effective communication in multicultural health care settings*. Newbury Park, CA: Sage Publications; 1994
- 32 Kreuter MV, McClure SM. The role of culture in health communication. *annu rev public health* 2004; 25: 439–455
- 33 Gardemann J. Migration und Gesundheit – der öffentliche Gesundheitsdienst in der Koordination gesundheitlicher Vielfalt. *Gesundheitswesen* 2001; 63: 115–119
- 34 Mochleidt W. Die 12 Sonnenberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen in Deutschland. *Nervenarzt* 2002; 73: 1208–1212
- 35 Kobelt A, Croesch E, Lamprecht F. *Ambulante psychosomatische Nachsorge*. Stuttgart: Schattauer; 2002
- 36 Statistisches Bundesamt. *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2010* Retrieved 30.08.2012, from https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220107004.pdf?_blob=publicationFile 2011
- 37 Petermann F. Symposium „Neue Ansätze in der psychosomatischen Rehabilitation“. *Rehabilitation*; 2010; 49: 125–126
- 38 Rönisch A, Dorn M, Ehlebracht-König I. „Berufliche Zukunft“ – Kurzeffekte eines Behandlungsprogramms bei sozialmedizinisch relevanter Problemlage im Verlauf einer medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation* 2012; 51: 39–51
- 39 Schenk L, Bau A-M, Borde T et al. Mindestindikatorenansatz zur Erfassung des Migrationsstatus. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2006; 49: 853–860
- 40 Deck R. Soziale Ungleichheit in der medizinischen Rehabilitation. *Gesundheitswesen* 2008; 70
- 41 Kobelt A, Winkler M, Göbber J et al. Hängt die subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit vom Migrationsstatus ab? *Z Psychiatr Psychol Psychother* 2010; 58: 189–197
- 42 Kobelt A, Lieverscheidt B, Croesch E et al. Ambulante Psychosomatische Nachsorge und soziale Ungleichheit. *Psychotherapeut* 2010; 55: 43–48
- 43 Mittag O, Raspe H. Eine kurze Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit: Ergebnisse einer Untersuchung an 4279 Mitgliedern der gesetzlichen Arbeiterrentenversicherung zu Reliabilität (Guttman-Skalierung) und Validität der Skala. *Rehabilitation* 2003; 42: 169–174
- 44 Zwerenz R, Knickenberg RJ, Schattenburg L et al. Motivation zur psychosomatisch-psychotherapeutischen Bearbeitung von beruflichen Belastungen – Entwicklung und Validierung eines Fragebogens. *Rehabilitation* 2005; 44: 14–23



Eigenständiger Anteil an den Veröffentlichungen

Laut der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) sollen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis Autoren wissenschaftlicher Veröffentlichung nur dann als Autoren genannt werden, wenn sie „zur Konzeption der Studien oder Experimente, zur Erarbeitung, Analyse und Interpretation der Daten und zur Formulierung des Manuskripts selbst wesentlich beigetragen [...] haben“ (Deutsche-Forschungsgemeinschaft, 1998). In den fünf eingereichten Zeitschriftenbeiträgen trifft diese Beteiligung von Julia Göbber zu und wird im Folgenden kurz erläutert.

Artikel 1: Kobelt, A., Göbber, J. & Petermann, F. (2011). Die Bedarfsfrage in der Rehabilitation und die Versorgung neuer Zielgruppen. Migranten in der psychosomatischen Rehabilitation. Bundesgesundheitsblatt, 54, 475-481.

Der eigenständige Anteil der Doktorandin an dieser Arbeit bestand in der Durchführung einer umfangreichen Literaturrecherche unter Berücksichtigung des aktuellen Forschungsstandes. Basierend auf dieser aktuellen Literatur wurde das Manuskript von der Doktorandin in eigenständiger Arbeit verfasst. Herr Prof. Dr. Franz Petermann und Herr PD Dr. Axel Kobelt gaben kritisches Feedback zum Manuskript.

Artikel 2: Kobelt, A., Göbber, J., Pfeiffer, W. & Petermann, F. (2013). Die sozioökonomische Schicht ist wichtiger für das Behandlungsergebnis in der psychosomatischen Rehabilitation als der Migrationshintergrund. Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin, 23, 1-5.

Die Doktorandin führte eine umfassende Literaturrecherche zum aktuellen Forschungsstand durch und verfasste große Teile des Manuskripts. Herr PD Dr. Axel Kobelt führte die Dateneingabe und -auswertung durch und erstellte die Endversion des Manuskripts. Herr Prof. Dr. Franz Petermann gab kritisches Feedback zum Manuskript. Herr Dr. Wolfgang Pfeiffer unterstützte als leitender Psychologe die Datenerhebung im Rehasentrum Oberharz.

Artikel 3: Göbber, J., Pfeiffer, W., Winkler, M., Kobelt, A. & Petermann, F. (2010). Stationäre psychosomatische Rehabilitationsbehandlung von Patienten mit türkischem

Migrationshintergrund – Spezielle Herausforderungen und Ergebnisse der Behandlung. ZPPP, 58 (3),181-187.

Der eigenständige Anteil der Doktorandin an dieser empirischen Originalarbeit bestand in der Datenauswertung sowie statistischen Berechnung. Es wurde eine umfassende Literaturrecherche zum aktuellen Forschungsstand des Themas durchgeführt. Unter Berücksichtigung dieser aktuellen Literatur wurde das Manuskript von der Doktorandin in eigenständiger Arbeit verfasst. Herr Prof. Dr. Franz Petermann und Herr PD Dr. Axel Kobelt gaben kritisches Feedback zum Manuskript. Die Datenerhebung und -eingabe erfolgte durch Herrn Dr. Wolfgang Pfeiffer und wurde durch die Klinikleitung, namentlich Herrn Dr. med. Michael Winkler unterstützt.

Artikel 4: Göbber, J., Petermann, F., Piegza, M. & Kobelt, A. (2012). Beschwerdvalidierung bei Rehabilitanden mit Migrationshintergrund in der Psychosomatik. Rehabilitation 2012; 51: 1–9.

Der eigene Anteil der Doktorandin an diesem Artikel lag in einer umfassenden Literaturrecherche zum aktuellen Forschungsstand des Themas. Darauf aufbauend wurde der Fragebogen zur Datenerhebung eigenständig entwickelt. Datenerhebung, -auswertung und die statistische Analyse wurden von der Doktorandin selbstständig durchgeführt. Die Datenerhebung wurde von Frau Magdalena Piegza im Rahmen eines Praktikums unterstützt. Das Manuskript wurde in eigenständiger Arbeit von der Doktorandin verfasst. Herr Prof. Dr. Franz Petermann und Herr PD Dr. Axel Kobelt gaben kritisches Feedback zum Manuskript.

Artikel 5: Göbber, J., Petermann, F. & Kobelt, A. (2012). Evaluation einer kulturoffenen prästationären Informationsveranstaltung vor psychosomatischer Rehabilitation. Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin. Zur Veröffentlichung angenommen.

Der eigene Anteil der Doktorandin an diesem Artikel lag in einer umfassenden Literaturrecherche zum aktuellen Forschungsstand des Themas. Darauf aufbauend wurden das Konzept und das Manual der prästationären Informationsgruppe von der Doktorandin entwickelt und die Veranstaltungen durchgeführt. Weiter wurde der Fragebogen zur Datenerhebung entwickelt. Datenerhebung, -auswertung und die statistische Analyse

Eigenständiger Anteil an den Veröffentlichungen

wurden von der Doktorandin selbstständig durchgeführt. Das Manuskript wurde in eigenständiger Arbeit von der Doktorandin verfasst. Herr Prof. Dr. Franz Petermann und Herr PD Dr. Axel Kobelt gaben kritisches Feedback zum Manuskript.

Die Autorin der vorliegenden Dissertation, Dipl.-Psych. Julia Göbber, bestätigt anhand ihrer Unterschrift die Darstellung ihrer Eigenleistungen.

Dipl.-Psych. Julia Göbber

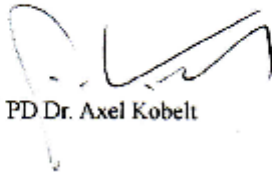
Die Mitautoren der promotionsrelevanten Publikationen, PD Dr. Axel Kobelt, Prof. Dr. Franz Petermann, Dr. Wolfgang Pfeiffer, Magdalena Piegza sowie Dr. med. Michael Winkler, stimmen nachfolgend anhand ihrer Unterschrift der Darstellung der Eigenleistungen der Promovendin zu. Zudem geben die Mitautoren ihr Einverständnis, die vorliegenden Publikationen für das Promotionsverfahren von Dipl.-Psych. Julia Göbber zu verwenden.

Eigenständiger Anteil an den Veröffentlichungen

PD Dr. Axel Kobelt

Ich stimme der Darstellung der Eigenleistung der Promovendin zu und gebe mein Einverständnis, die vorliegenden Publikationen für das Promotionsverfahren von Dipl.-Psych. Julia Göbber zu verwenden.

Hannover, im Januar 2015



PD Dr. Axel Kobelt

CX

Eigenständiger Anteil an den Veröffentlichungen

05/02 15 DO 10:07 FAX 0049 421 218 4617 UNI BREMEN ZKPR 001
30.01.2015 15:18 GOEBBER +49 511 700 527 34 PAGE. 2/

Eigenständiger Anteil an den Veröffentlichungen

Prof. Dr. Franz Petermann

Ich stimme der Darstellung der Eigenleistung der Promovendin zu und gebe mein Einverständnis, die vorliegenden Publikationen für das Promotionsverfahren von Dipl.-Psych. Julia Göbber zu verwenden.

Bremen, im Januar 2015


Prof. Dr. Franz Petermann

CXI

CVI


Eigenständiger Anteil an den Veröffentlichungen

Dr. Wolfgang Pfeiffer

Ich stimme der Darstellung der Eigenleistung der Promovendin zu und gebe mein Einverständnis, die vorliegenden Publikationen für das Promotionsverfahren von Dipl.-Psych. Julia Göbber zu verwenden.

Clausthal-Zellerfeld, im Januar 2015


Dr. Wolfgang Pfeiffer


Dr. phil. W. Pfeiffer
Ltö. Diplom-Psychologe
Rehäzentrum Oberharz
Schwarzenbacher Str. 19
38678 Clausthal-Zellerfeld
Tel.: 05323/7120

CXII

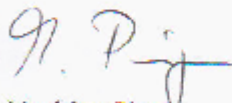
CVII

Eigenständiger Anteil an den Veröffentlichungen

Magdalena Piegza

Ich stimme der Darstellung der Eigenleistung der Promovendin zu und gebe mein Einverständnis, die vorliegenden Publikationen für das Promotionsverfahren von Dipl.-Psych. Julia Göbber zu verwenden.

Hamburg, im Januar 2015


Magdalena Piegza

Eigenständiger Anteil an den Veröffentlichungen

03/02/2015 13:39 05353982096

S. 02/02

30.01.2015 14:40 GÖEBER

+49 511 700 527 34 PAGE. 2/ 5

Eigenständiger Anteil an den Veröffentlichungen

Dr. med. Michael Winkler

Ich stimme der Darstellung der Eigenleistung der Promovenden zu und gebe mein Einverständnis, die vorliegenden Publikationen für das Promotionsverfahren von Dipl.-Psych. Julia Göber zu verwenden.

Königsutter, ~~4. Januar 2015~~

03/02/2015

Dr. med. Michael Winkler

Dr. med. Michael Winkler
Chefarzt der Klinik für Psychosomatik u. Psychotherapie
im AWO-Psychiatriezentrum
Vor dem Kaiserdom 10
55154 Königslutter

CXIV

CIX

Eidesstattliche Erklärung

Kumulative Dissertation von Dipl.-Psych. Julia Göbber

Hiermit versichere ich, Julia Göbber, dass ich die vorliegende kumulative Dissertation selbstständig und ohne unerlaubte fremde Hilfe angefertigt habe. Es wurden keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt. Soweit aus den im Literaturverzeichnis angegebenen Werken Stellen im Wortlaut oder Sinn entnommen sind, sind sie in jedem Fall unter Angabe der Entlehnung kenntlich gemacht.

Die vorliegende Arbeit wurde nicht anderweitig zu Prüfungszwecken vorgelegt.

Ort, Datum

Dipl.-Psych. Julia Göbber

Danksagung

Oft habe ich die Frage gehört „Warum forschst Du/Sie denn über Migranten?“. Meine Antwort war stets: „Weil es mir Freude bereitet!“ Deshalb möchte ich mich bei all den Menschen aus so vielen verschiedenen Kulturen bedanken, die im Verlauf meines Lebens dazu beigetragen haben, dass mir die Begegnung mit anderen Kulturen und deren Erforschung so viel Freude bereitet!

Ich möchte mich bei Herrn Prof. Dr. Petermann und Herrn PD Dr. Kobelt für die angenehme und konstruktive Betreuung in allen Phasen der Erstellung dieser Dissertation bedanken! Bei Herrn Dr. Kobelt möchte ich mich auch dafür bedanken, dass er von Anfang an an dieses Projekt geglaubt und sich dafür eingesetzt hat!

Weiter möchte ich mich stellvertretend für die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover bei Herrn Prof. Dr. Kreikebohm und Herrn Miede für die Unterstützung bei dieser Doktorarbeit bedanken. Die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover hat mir nicht nur Zugang zu Daten und Versicherten ermöglicht, sondern vor allem auch durch ein Stipendium ermöglicht, dass ich mich ganz der Forschung widmen konnte!

Und natürlich möchte ich mich auch bei den weit über 1000 Patienten bedanken, welche die Zeit und Mühe investiert haben, viele, viele Fragen zu beantworten! Ohne sie wäre meine Arbeit nicht möglich gewesen.