

**Krankheits- und behandlungsrelevante Besonderheiten  
türkischer Migranten mit Gesundheitsstörungen: Anregun-  
gen zur Optimierung der Versorgung**

Inauguraldissertation  
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Humanbiologie  
des Fachbereichs Medizin  
der Justus-Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von Lujic, Claudia, 26.05.1977  
aus Lich

Gießen (2008)

Aus der Arbeitsgruppe Versorgungsforschung/ Sozialpsychiatrie der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Standort Gießen  
Leiter/ Direktor: Herr Prof. Dr. med. Bernd Gallhofer.

Gutachter: PD Dr. Franz

Gutachter: Prof. Dr. Roelcke

Tag der Disputation: 18.2.2009

## Inhaltverzeichnis

### **Buch 1**

<b>Danksagung</b> .....	<b>9</b>
<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>10</b>
<b>Summary</b> .....	<b>13</b>
<b>1. Theoretisch-empirischer Teil</b> .....	<b>16</b>
<b>1. 1 Gesundheitsbezogene Versorgungssituation türkischer Migranten in Deutschland</b> .....	<b>16</b>
1.1.1 Hoher Versorgungsbedarf .....	16
1.1.2 Schwierigkeiten bei Diagnostik und Behandlung .....	17
<b>1.2 Krankheitsrelevante Faktoren</b> .....	<b>19</b>
1.2.1 Kulturelle Aspekte .....	19
1.2.1.1 Beschreibung des Begriffes „Kultur“ .....	19
1.2.1.2 Besonderheiten der türkischen Kultur .....	20
1.2.2 Subjektive Krankheitskonzepte .....	22
1.2.2.1 Definition und Klassifikation subjektiver Krankheitskonzepte .....	22
1.2.2.2 Das Common- Sense- Modell als Erklärung für die Entstehung subjektiver Krankheitskonzepte (Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980) .....	22
1.2.2.3 Soziodemographische und diagnosespezifische Korrelate .....	24
1.2.2.4 Kulturelle Einflüsse auf subjektive Krankheitskonzepte .....	25
1.2.2.5 Hinweise auf Besonderheiten subjektiver Krankheitskonzepte bei Personen türkischer Herkunft .....	26
1.2.3 Kulturelle Einflüsse auf das Beschwerdebild von Krankheiten .....	28
1.2.3.1 Kulturelle Besonderheiten psychotischer Erkrankungen .....	32
1.2.3.2 Kulturelle Besonderheiten der Somatisierung .....	33
1.2.3.3 Kulturelle Besonderheiten depressiver Erkrankungen .....	34
1.2.3.4 Kulturelle Besonderheiten koronarer Herzerkrankungen .....	36
1.2.3.5 Besonderheiten der Symptomausgestaltung bei Personen türkischer Herkunft .....	36
1.2.4 Stressverarbeitung .....	39
1.2.4.1 Funktionen und Strategien der Stressverarbeitung .....	39
1.2.4.2 Stressverarbeitungs-Modell nach Lazarus und Folkman (1984) .....	40
1.2.4.3 Soziodemographische, persönlichkeitsbezogene und diagnosespezifische Korrelate .....	42
1.2.4.4 Krankheitsrelevanz der Stressverarbeitung .....	42

1.2.4.5 Kulturelle Besonderheiten der Stressverarbeitung .....	43
1.2.4.6 Hinweise auf Besonderheiten der Stressverarbeitung bei Personen türkischer Herkunft .....	44
1.2.5 Persönlichkeit .....	44
1.2.5.1 Definition und Theorien der Persönlichkeit.....	45
1.2.5.2 Soziodemographische und diagnoseabhängige Korrelate .....	45
1.2.5.3 Krankheitsrelevanz von Persönlichkeitsfaktoren .....	45
1.2.5.4 Kulturelle Besonderheiten der Persönlichkeit.....	46
1.2.5.5 Besonderheiten der Persönlichkeit bei Personen türkischer Herkunft.....	48
1.2.6 Kritische Lebensereignisse .....	48
1.2.6.1 Definition und Klassifikation kritischer Lebensereignisse .....	48
1.2.6.2 Krankheitsrelevanz kritischer Lebensereignisse .....	48
1.2.7 Soziale Unterstützung.....	49
1.2.7.1 Definition und Klassifikation sozialer Unterstützung .....	50
1.2.7.2 Krankheitsrelevanz sozialer Unterstützung .....	50
1.2.7.3 Kulturelle Besonderheiten der sozialen Unterstützung.....	52
1.2.8 Behandlungsmotivation .....	52
1.2.8.1 Determinanten der Behandlungsmotivation .....	52
1.2.8.2 Krankheitsrelevanz der Behandlungsmotivation .....	54
1.2.9 Rentenwünsche .....	55
1.2.9.1 Entstehung von Rentenverhalten .....	55
1.2.9.2 Determinanten von Rentenwünschen .....	55
1.2.9.3 Krankheitsrelevanz von Rentenwünschen .....	56
1.2.10 Migration .....	57
1.2.10.1 Definition und Phasen- Modell der Migration von Sluzki ( 2001).....	57
1.2.10.2 Ursachen der Emigration türkischer Bürger nach Deutschland.....	60
1.2.10.3 Migrationsbedingte Belastungen bei türkischen Migranten in Deutschland ..	60
1.2.10.4 Krankheitsrelevanz von Migrationsprozessen .....	62
1.2.11 Akkulturation .....	64
1.2.11.1 Definition und Modell der Akkulturation (Berry & Sam, 1997) .....	64
1.2.11.2 Determinanten des Akkulturationserfolges .....	67
1.2.11.3 Krankheitsrelevanz der Akkulturation .....	68
1.2.12 Einflüsse der Persönlichkeit auf andere krankheitsrelevante Faktoren....	69
1.2.12.1 Persönlichkeit und Stressverarbeitung .....	69
1.2.12.2 Persönlichkeit und kritische Lebensereignisse .....	70
1.2.12.3 Persönlichkeit und soziale Unterstützung.....	71
1.2.13 Mediative und moderierende Einflüsse von Persönlichkeit, Stressverarbeitung und sozialer Unterstützung auf die Gesundheit.....	72
1.2.14 Einflüsse subjektiver Krankheitskonzepte und des Rentenwunsches auf die Behandlungsmotivation .....	75
1.2.15 Besonderheiten bei der Behandlung von Migranten .....	76
<b>1.3 Herleitung der Fragestellungen und Hypothesen .....</b>	<b>79</b>

1.3.1 Unterschiede bezüglich krankheitsrelevanter Faktoren zwischen deutschen und türkischen Patienten .....	80
1.3.2 Unterschiede in Behandlungsergebnissen zwischen deutschen und türkischen Patienten .....	82
1.3.3 Prädiktion der Behandlungsergebnisse bei deutschen und türkischen Patienten durch krankheitsrelevante Faktoren .....	83
1.3.4 Modelle zu Zusammenhängen krankheitsrelevanter Faktoren in ihrem Einfluss auf das Ergebnis der Behandlung .....	85
1.3.4.1 Stressverarbeitungs- Mediator- Modell .....	85
1.3.4.2 Behandlungsmotivations- Mediator- Modell .....	88
1.3.4.3 Stress-Modell .....	88
1.3.4.4 Akkulturations-Modell .....	92
<b>2. Methoden .....</b>	<b>93</b>
<b>2.1 Design der Studie .....</b>	<b>93</b>
<b>2.2 Ablauf der Studie .....</b>	<b>93</b>
2.2.1 Rekrutierung und Training der Interviewerinnen .....	93
2.2.2 Pilottestphase .....	94
2.2.3 Haupterhebungsphase .....	95
<b>2.3 Stichprobe .....</b>	<b>96</b>
2.3.1 Zusammensetzung der Stichprobe .....	96
2.3.2 Bestimmung der notwendigen Stichprobengrößen .....	98
2.3.3 Merkmale der Stichprobe .....	98
<b>2.4 Erhebungsinstrumente .....</b>	<b>99</b>
2.4.1 Fragebogen zur Soziodemographie und Krankheitsmerkmalen .....	101
2.4.2 Illness Perception Questionnaire IPQ-R (Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron & Buick, 2002; Gaab, Bunschotten, Sprott & Ehlert, 2004) .....	102
2.4.3 Screening für somatoforme Störungen SOMS (Rief, Hiller & Heuser, 1997) .....	103
2.4.4 Frankfurter Akkulturationsskala FRAKK (Bongard, Pogge, Arslaner, Rohrmann & Hodapp, 2002) .....	103
2.4.5 Multidimensional Scale of Perceived Social Support MSPSS (Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988; Eker & Akar, 1995) .....	104
2.4.6 Stressverarbeitungsfragebogen SVF-78 (Janke, Erdmann & Kallus, 2002) .....	104
2.4.7 NEO Fünf-Faktoren-Inventar NEO-FFI (Borkenau & Ostendorf, 1993; Gülgöz, 2002) .....	105
2.4.8 Fragebogen zu Migrationsbelastungen/ Belastungen .....	106
2.4.9 Ereignisliste (Filipp, 2002) .....	106
2.4.10 Patientenfragebogen zur Erfassung der Rehabilitationsmotivation/ Behandlungsmotivation PAREMO (Hafen, Jastrebow, Nübling & Bengel, 2001) .....	107
2.4.11 Brief Symptom Inventory BSI (Franke, 2000, 1997; Dağ, 1991) .....	107

2.4.12 WHO Quality of Life-BREF WHOQOL-BREF (WHOQOL Group, 1996, 1998; Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000; Fidaner, Elbi, Fidaner, Eser, Eser, & Göker, 1999).....	108
2.4.13 Fragebogen zur Patientenzufriedenheit mit der Behandlung ZUF-3 (Spießl, Krischker, Spindler, Cording & Klein, 1996) .....	109
2.4.14 Gesundheitsfragebogen EQ-5D (EuroQoL Group, 1990; von der Schulenburg, Claes, Greiner, & Uber, 1998).....	109
2.4.15 Beschwerdebogen .....	109
2.4.16 Clinical Global Impressions CGI (National Institute of Mental Health NIMH, 1970).....	110
2.4.17 Globales Funktionsniveau GAF (Saß, Wittchen & Zaudig 1996) .....	110
2.4.18 Beeinträchtigungs-Schwere-Score BSS (Schepank, 1995) .....	110
2.4.19 Behandlungsergebnis-Indikatoren bei Patienten mit koronaren Herzerkrankungen .....	111
2.4.19.1 KHK-Patienten-Bogen (KHK-P-Bogen) .....	111
2.4.19.2 KHK-Arzt-Bogen (KHK-A-Bogen) .....	111
2.4.19.3 KHK-Bogen-Aktenblatt .....	112
2.4.20 Reihenfolge und Aufteilung der Erhebungsinstrumente auf die beiden Messzeitpunkte .....	112
<b>2.5 Fragestellungen und Hypothesen .....</b>	<b>113</b>
2.5.1 Fragestellung 1: Welche Unterschiede bezüglich krankheitsrelevanter Faktoren ergeben sich zwischen türkischen und deutschen Patienten? .....	113
2.5.2 Fragestellung 2: Unterscheiden sich die Behandlungsergebnisse zwischen deutschen und türkischen Patienten? .....	114
2.5.3 Fragestellung 3: Wie präzisieren krankheitsrelevante Faktoren Behandlungsergebnisse bei türkischen und deutschen Patienten? .....	115
2.5.4 Fragestellung 4: Lassen sich die unter Punkt 1.3.4.1 bis 1.3.4.4 spezifizierten Modelle auf türkische und deutsche Patienten anwenden?... ..	116
2.5.4.1 Stressverarbeitungs-Mediator-Modell.....	116
2.5.4.2 Behandlungsmotivations-Mediator-Modell .....	117
2.5.4.3 Stress-Modell.....	117
2.5.4.4 Akkulturations-Modell .....	118
<b>2.6 Auswertung .....</b>	<b>119</b>
2.6.1 Auswertung der Fragestellung 1: Welche Unterschiede bezüglich krankheitsrelevanter Faktoren ergeben sich zwischen türkischen und deutschen Patienten?.....	121
2.6.2 Auswertung der Fragestellung 2: Unterscheiden sich die Behandlungsergebnisse zwischen deutschen und türkischen Patienten? ..	122
2.6.3 Auswertung der Fragestellung 3: Wie präzisieren krankheitsrelevante Faktoren Behandlungsergebnisse bei türkischen und deutschen Patienten? .....	124
2.6.4 Auswertung der Fragestellung 4: Lassen sich die unter Punkt 1.3.4.1 bis 1.3.4.4 spezifizierten Modelle auf türkische und deutsche Patienten anwenden?.....	125
<b>3. Ergebnisse .....</b>	<b>132</b>

<b>3.1 Prüfung auf Normalverteilung und Ausreißerwerte</b> .....	<b>132</b>
<b>3.2 Überprüfung der Parallelisierung nach Alter, Geschlecht, Diagnose und Behandlungsort</b> .....	<b>133</b>
<b>3.3. Überprüfung nicht kontrollierter Einflüsse</b> .....	<b>134</b>
3.3.1 Interviewerwechsel .....	134
3.3.2 Wechsel bei den Arzteinschätzungen.....	134
3.3.3 Analphabetismus .....	134
3.3.4 Migrantengeneration.....	135
<b>3.4 Drop-out- Analysen</b> .....	<b>136</b>
<b>3.5 Überprüfung der Messinvarianz und der Bildung von Indizes</b> .....	<b>137</b>
<b>3.6 Beschreibung der Stichproben</b> .....	<b>144</b>
3.6.1 Stichproben mit koronaren Herzerkrankungen .....	144
3.6.2 Stichproben mit psychiatrischen Diagnosen .....	149
<b>3.7 Ergebnisse zur Fragestellung 1: Welche Unterschiede bezüglich krankheitsrelevanter Faktoren ergeben sich zwischen türkischen und deutschen Patienten?</b> .....	<b>152</b>
3.7.1 Subjektive Krankheitskonzepte.....	152
3.7.2 Somatisierung.....	155
3.7.3 Krankheitsspezifische Stressverarbeitung .....	156
3.7.4 Persönlichkeit .....	162
3.7.5 Kritische Lebensereignisse .....	163
3.7.6 Soziale Unterstützung.....	168
3.7.7 Behandlungsmotivation .....	169
3.7.8 Rentenwünsche .....	171
3.7.9 Migrationsassoziierte Belastungen .....	172
3.7.10 Zusammenfassung der Ergebnisse zur Fragestellung 1.....	176
<b>3.8 Ergebnisse zur Fragestellung 2: Unterscheiden sich die Behandlungsergebnisse zwischen deutschen und türkischen Patienten?.</b>	<b>179</b>
3.8.1 Behandlungsergebnisse bei Patienten mit koronaren Herzerkrankungen	179
3.8.2 Behandlungsergebnisse bei Patienten mit psychiatrischen Diagnosen ...	186
3.8.3 Zusammenfassung der Ergebnisse zur Fragestellung 2.....	192
<b>3.9 Ergebnisse zur Fragestellung 3: Wie prädizieren krankheitsrelevante Faktoren Behandlungsergebnisse bei türkischen und deutschen Patienten?</b>	<b>193</b>
3.9.1 Prädiktion durch subjektive Krankheitskonzepte.....	194
3.9.2 Prädiktion durch krankheitsspezifische Stressverarbeitung .....	197
3.9.3 Prädiktion durch Persönlichkeitsfaktoren.....	199
3.9.4 Prädiktion durch kritische Lebensereignisse.....	203
3.9.5 Prädiktion durch soziale Unterstützung .....	207
3.9.6 Prädiktion durch Behandlungsmotivation.....	208
3.9.7 Prädiktion durch Rentenwünsche .....	210
3.9.8 Prädiktion durch Migrations(Belastungen) .....	212

3.9.9 Prädiktion durch Akkulturation .....	216
3.9.10 Zusammenfassung der Ergebnisse zur Fragestellung 3.....	216

## Buch 2

<b>3.10 Ergebnisse zur Fragestellung 4: Lassen sich die unter Punkt 1.3.4.1 bis 1.3.4.4 spezifizierten Modelle auf türkische und deutsche Patienten anwenden? .....</b>	<b>223</b>
3.10.1 Stressverarbeitungs-Mediator-Modell .....	223
3.10.2 Behandlungsmotivations-Mediator-Modell .....	260
3.10.3 Stress-Modell .....	267
3.10.4 Akkulturations-Modell .....	283
<b>4. Diskussion .....</b>	<b>289</b>
<b>4.1 Diskussion der Ergebnisse .....</b>	<b>289</b>
4.1.1 Krankheitsrelevante Besonderheiten türkischer Patienten .....	289
4.1.2 Schlechtere Behandlungsergebnisse bei türkischen Patienten .....	313
4.1.3 Direkte Effekte krankheitsrelevanter Faktoren auf die Behandlungsergebnisse .....	321
4.1.4 Indirekte Effekte krankheitsrelevanter Faktoren auf die Behandlungsergebnisse bei Patienten mit psychiatrischen Diagnosen.....	340
<b>4.2 Vorschläge zur Optimierung der diagnostisch-anamnestischen und therapeutischen Massnahmen für türkische Patienten im Vergleich zu deutschen Patienten .....</b>	<b>346</b>
4.2.1 Konstruktive Arbeit mit subjektiven Krankheitsvorstellungen .....	347
4.2.2 Angemessener Umgang mit Somatisierungstendenzen .....	351
4.2.3 Optimierung der krankheitsspezifischen Stressverarbeitung .....	353
4.2.4 Förderung der Persönlichkeitsentwicklung .....	354
4.2.5 Förderung des Aufbaus sozial unterstützender Netzwerke .....	356
4.2.6 Förderung der Behandlungsmotivation .....	357
4.2.7 Exploration und Bearbeitung kritischer Lebensereignisse und migrationsassoziiierter Belastungen.....	359
4.2.8 Schaffung integrationserleichternder Bedingungen .....	362
4.2.9 Beachtung spezifischer Versorgungswünsche .....	362
4.2.10 Besonderheiten bei der Aufstellung von Behandlungszielen .....	363
4.2.11 Besonderheiten bei der Versorgung analphabetischer türkischer Patienten .....	364
<b>4.3 Kritischer Ausblick.....</b>	<b>364</b>
4.3.1 Stichprobe .....	365
4.3.2 Studiendesign .....	367
4.3.3 Erhebungsverfahren .....	368
4.3.4 Auswertungsstrategien .....	371
4.3.5 Forschungswürdige Fragestellungen .....	379
<b>5. Literaturverzeichnis.....</b>	<b>382</b>
<b>6. Anhangsverzeichnis .....</b>	<b>443</b>



## Danksagung

Ich möchte mich ganz herzlich bei allen Personen bedanken, die die Bedingungen geschaffen haben, die vorliegende Arbeit schreiben zu können:

- bei allen Personen, die an den Interviews teilgenommen haben,
- bei dem Leiter der Arbeitsgruppe Versorgungsforschung/ Sozialpsychiatrie, Herrn PD. Dr. med. Michael Franz ,
- bei den Personen, die die Durchführung der Studie, auf deren Ergebnisse die vorliegende Arbeit basiert, erst ermöglicht haben: Vorstand der Willy und Monika Pitzer Stiftung, Herrn Prof. Dr. med Bernd Wüsten (Leitender Chefarzt der Klinik am Südpark, Kooperationsklinik), Herrn PD. Dr. med. Michael Franz (Leiter der Arbeitsgruppe Versorgungsforschung/ Sozialpsychiatrie, ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Merxhausen), Herrn Dr. Eckhardt Koch (Leitender Abteilungsarzt der Ambulanz/ Tagesklinik/ Interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie des Zentrums für Soziale Psychiatrie ZSP Marburg, Kooperationsklinik) und Herrn Prof. Dr. med. Bernd Gallhofer (Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Kooperationsklinik),
- bei allen Personen, die bei der Entwicklung des Erhebungsinventars mitbeteiligt waren, die Vorwärts-Rückwärts-Übersetzungen der auf Türkisch nicht verfügbaren Fragebögen vorgenommen haben und die Interviews durchgeführt haben,
- und bei allen anderen Personen, die in irgendeiner Weise an der Studie beteiligt waren und zu deren Erfolg beigetragen haben.

## Zusammenfassung

**Hintergrund und Ziel:** Türkische Migranten stellen eine sehr wichtige Zielgruppe in der medizinischen, psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung dar, weil sie von körperlichen wie psychischen Erkrankungen häufiger und stärker betroffen sind als Personen deutscher Herkunft. Ihre momentane gesundheitsbezogene Versorgungssituation in Deutschland weist eine Vielzahl an Defiziten auf, obwohl sie die größte Migrantengruppe darstellen. Ein wichtiger Grund dafür ist unzureichendes Wissen und die mangelhafte Beachtung krankheitsrelevanter Besonderheiten in der Behandlung. Das Ziel der vorliegenden Arbeit bestand darin, diese Besonderheiten zu analysieren, ihre Bedeutsamkeit für Behandlungsergebnisse zu bewerten und daraus Anregungen zur Optimierung der Versorgung abzuleiten. **Methode:** Dazu wurden Patienten türkischer Herkunft und eine Kontrollgruppe deutscher Patienten (parallelisiert nach Alter, Geschlecht, Diagnose und Behandlungsort) mittels muttersprachlicher standardisierter Interviews befragt. Inklusionsdiagnosen waren koronare Herzerkrankungen KHK (I20-25, ICD-10), depressive Erkrankungen (F32-38, ICD-10), Anpassungsstörungen (F43, ICD-10), somatoforme Störungen (F45, ICD-10) und Neurasthenie (F48.0, ICD-10). Die Befragungen fanden zu Beginn und am Ende der stationären Behandlung statt und wurden in 3 Kliniken durchgeführt (Klinik am Südpark in Bad Nauheim, Zentrum für Soziale Psychiatrie ZSP in Marburg und Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH in Gießen). Für die Auswertung wurden 4 Gruppen gebildet (türkische Patienten mit koronaren Herzerkrankungen, deutsche Patienten mit koronaren Herzerkrankungen, türkische Patienten mit psychiatrischen Diagnosen aus dem F3/F4-Bereich der ICD-10 und deutsche Patienten mit psychiatrischen Diagnosen aus dem F3/F4-Bereich der ICD-10). Durch Mittelwerts- und Häufigkeitsvergleiche mit dem Statistik-Computerprogramm SPSS wurden Unterschiede zwischen deutschen und türkischen Patienten der jeweiligen Diagnosegruppen bezüglich krankheitsrelevanter Faktoren (z.B. subjektive Krankheitskonzepte, Persönlichkeit) analysiert. Die Untersuchung des Einflusses dieser Faktoren auf Parameter der Behandlungsergebnisse, die sowohl Selbsteinschätzungen (z.B. subjektive Symptombelastung) als auch Fremdeinschätzungen durch den Behandler (z.B. globales Funktionsniveau) umfassten, erfolgte im Rahmen von Regressionsanalysen mit dem Statistik-Computerprogramm

SPSS und bei den psychiatrischen Gruppen zusätzlich pfadanalytisch mit dem Computerprogramm AMOS (Analysis of Moment Structures). **Ergebnisse:** Patienten türkischer Herkunft gaben im Vergleich zu deutschen Patienten pessimistischere subjektive Krankheitskonzepte, eine stärkere Somatisierungsneigung, eine maladaptive krankheitsspezifische Stressverarbeitung, eine größere Anzahl kritischer Lebensereignisse und migrationsassoziierten Belastungen, eine andere Ausprägung auf Persönlichkeitsfaktoren, eine geringere Zufriedenheit mit der außerfamiliären sozialen Unterstützung, eine geringere fremdeingeschätzte Behandlungsmotivation trotz Vorliegens einer stärkeren Änderungsbereitschaft und stärkere Rentenwünsche an. Sie wiesen nicht nur schlechtere Behandlungsergebnisse am Ende der Behandlung auf, sondern fühlten sich bereits zu Behandlungsbeginn stärker beeinträchtigt als deutsche Patienten. Obwohl es Unterschiede bezüglich des Ausmaßes und der Signifikanz der Prädiktionskraft einzelner krankheitsrelevanter Faktoren zwischen deutschen und türkischen Patienten der jeweiligen Diagnosegruppen gab, hatten sie immer die gleiche Beeinflussungsrichtung auf die Parameter des Behandlungsergebnisses. So wirkten sich ein hoher Neurotizismuswert und eine hohe Anzahl an migrationsassoziierten Belastungen bzw. vergleichbaren Belastungen über alle 4 Gruppen negativ auf die Behandlungsergebnisse aus. Bei den beiden psychiatrischen Gruppen zeigten sich zudem herkunftsunabhängig pessimistische Krankheitsvorstellungen, eine niedrige Extraversion, eine hohe Anzahl kritischer Lebensereignisse, eine niedrige Behandlungsmotivation und hohe Rentenwünsche als Prädiktoren schlechter Behandlungsergebnisse, während bei den beiden KHK-Gruppen ebenso herkunftsunabhängig starke maladaptive Stressverarbeitung, niedrige Ausprägungen auf Gewissenhaftigkeit, eine Unzufriedenheit mit der Unterstützung durch Freunde und eine schwache Änderungsbereitschaft hinsichtlich präventiven Verhaltens zu schlechten Behandlungsergebnissen beigetragen haben. Es fiel auf, dass die bei Patienten türkischer Herkunft gefundenen Besonderheiten krankheitsrelevanter Faktoren durchweg schlechte Behandlungsergebnisse prädizierten. Entsprechend dem Stressverarbeitungs-Mediator-Modell wurden bei türkischen und deutschen Patienten unterschiedliche Effekte der Persönlichkeit und subjektiver Krankheitskonzepte über Stressverarbeitung auf verschiedene Behandlungsergebnis-Parameter vermittelt, wobei fast ausschließlich Parameter des ersten Messzeitpunkts t0 prädiziert wurden. Die vom Arzt eingeschätzte Behandlungsmotivation war jedoch nur bei deutschen Patienten Mediator der Effekte des Glaubens an den eigenen persönlichen Einfluss

und des Rentenwunsches auf Behandlungsergebnisse. Im Rahmen des Stress-Modells eigneten sich herkunftsunabhängig eher (migrationsassoziierte) Belastungen und soziale Unterstützung als Mediatoren der Effekte von Persönlichkeit, Stressverarbeitung und (sozialer Unterstützung) als kritische Lebensereignisse. Akkulturation wirkte sich nicht nur direkt positiv auf die Arzteinschätzungen aus, sondern entfaltete im Rahmen des Akkulturations-Modells auch eine puffernde Wirkung auf das Leiden unter migrationsassoziierten Belastungen. **Diskussion:** Unterschiede zwischen türkischen und deutschen Patienten hinsichtlich krankheitsrelevanter Faktoren können kulturelle, religiöse, migrationsassoziierte, versorgungsspezifische und sozioökonomische Ursachen haben. Für die schlechteren Behandlungsergebnisse sind teils bestimmte krankheitsrelevante Besonderheiten türkischer Patienten mitverantwortlich. Aus den Ergebnissen der Regressions- und Pfadanalysen wurden folgende Empfehlungen zur Optimierung der Versorgung türkischer Patienten abgeleitet: Arbeit mit subjektiven Krankheitsvorstellungen (Vertrauen in die Behandlungswirksamkeit und den eigenen Einfluss erhöhen, vermutete Krankheitsursachen explorieren und pessimistische Krankheitsvorstellungen reduzieren), Durchführung körperbezogener Therapien bei starker Somatisierung (z.B. bioenergetische Übungen), Stressverarbeitungstrainings (insbesondere Förderung adaptiver Stressverarbeitungsstrategien), Förderung der Persönlichkeitsentwicklung, sozial unterstützender Netzwerke und der Behandlungsmotivation. Die Exploration kritischer Lebensereignisse und migrationsassoziierten Belastungen sollte auf jeden Fall familiäre Belastungen (familiäre Gewalt, seelische Erkrankungen von Familienmitgliedern, schwere Konflikte mit den Kindern und dem Partner, Eheprobleme wegen der veränderten sozialen Position der Frau), soziale Probleme (soziale Isolation, Gefühle der Fremdheit, Unklarheiten bezüglich der Erwartungen anderer, Verständigungsprobleme), sozioökonomische Schwierigkeiten (Arbeitslosigkeit), den Verlust der eigenen Mobilität und Probleme mit Rückkehrwünschen und unerfüllten Hoffnungen in Deutschland umfassen. Weiterhin sollten integrationserleichternde Bedingungen geschaffen werden und die gesetzten Behandlungsziele realisierbar sein. Als besonders problematisch für die Interpretation der Unterschiede zwischen deutschen und türkischen Patienten stellt sich die fehlende metrische Messinvarianz dar. Ein weiteres Problem bezieht sich auf die Interdependenz einzelner krankheitsrelevanter Faktoren, die Subgruppenanalysen zur Identifikation von Risikogruppen nahe legt. Eine Differenzierung zwischen kultur- und migrationsassoziierten Besonderheiten kann durch Hinzuziehung einer

Gruppe türkischer Patienten ohne Migrationserfahrung in der Türkei erreicht werden. Insgesamt hat die vorliegende Arbeit große praktische Relevanz, da aus ihren Ergebnisse konkrete Vorschläge zur Versorgungsoptimierung ausgearbeitet wurden, die umsetzbar sind und in Interventionsstudien auf ihre Effektivität geprüft werden können.

## Summary

**Background and objective:** Turkish immigrants are a very important target group in medical, psychiatric and psychosomatic care, because they suffer more often and more severely from somatic and mental disorders compared to persons of German origin. At the moment their health-centred care-situation in Germany can be described as insufficient, although they are the largest group of migrants. An important reason therefore is a lack of attention to illness-relevant specific characteristics of that target group in the treatment process. The aim of the present study was to analyse these illness-relevant specific characteristics, to evaluate their relevance for treatment outcome and to deduce suggestions for improvement of care. **Methods:** Patients of Turkish origin and a control group of German patients (matched on age, gender, diagnosis and hospital) were tested by standardized interviews in their native language. We included the following diagnoses: Coronary heart diseases CHD (I20-25, ICD-10), depressive disorders (F32-38, ICD-10), adjustment disorders (F43, ICD-10), somatoform disorders (F45, ICD-10) and neurasthenia (F48.0, ICD-10). The interviews were done in 3 hospitals upon admission and at the end of the treatment (Southpark Hospital in Bad Nauheim, Centre of Social Psychiatry in Marburg and Hospital of Psychiatry and Psychotherapy, University Hospital Gießen and Marburg Ltd. in Gießen). The following 4 groups were analysed: Turkish patients with coronary heart diseases, German patients with coronary heart diseases, Turkish patients with psychiatric diagnoses and German patients with psychiatric diagnoses. Differences between German and Turkish patients in illness-relevant factors (e. g. illness beliefs, personality) were analysed by comparisons of means and frequencies by the statistical computer program SPSS. The influence of these factors on parameters of treatment outcome, which included self-assessment (e.g. suffering from psychopathological symptoms) as well as expert appraisal (e. g. global functioning) was analysed by regression-analysis by the statistical computer program SPSS and addi-

tionally by path-analysis by the computer program AMOS (Analysis of Moment Structures) in the psychiatric groups. **Results:** As compared to German patients, patients of Turkish origin reported more pessimistic illness beliefs, a stronger somatization, more maladaptive coping, more critical life events and more stressors due to migration, a different pattern of personality factors, worse satisfaction with extrafamilial social support, a lower physician's rated treatment motivation despite their higher motivation to change and a stronger desire for retirement pension. Turkish patients not only showed worse treatment outcomes but also felt more impaired at the beginning of treatment in comparison to German patients. Although there were differences concerning magnitude and significance of predictive power of several illness-relevant factors between German and Turkish patients, they tended to have the same direction of influence on outcome. So high neuroticism and many stressors due to migration or comparable stressors predicted poor treatment outcome in all 4 groups. In both psychiatric groups, independent of origin, pessimistic illness beliefs, low extraversion, a high number of critical life events, low treatment motivation and a strong desire for retirement pension were predictors of poor outcome, whereas in the two CHD-groups strong maladaptive coping, low conscientiousness, dissatisfaction with social support from friends and a low motivation to change with respect to preventive behaviour were predictors of poor treatment outcome. It was noticeable, that all specific characteristics of illness-relevant factors in Turkish patients were associated with poor treatment outcome. According to the Coping-Mediator-Model, in Turkish and German patients, coping mediated different effects of personality and illness beliefs on different outcome parameters, mostly on scores obtained at t0. The physician's rated treatment motivation, on the other hand, mediated effects of belief in personal influence on illness and of desire for retirement pension on outcome parameters only in German patients. Within the Stress-Model stressors due to migration or comparable stressors and social support, independent of origin, were better mediators of effects of personality, coping and (social support) on outcome measures than critical life events. Acculturation not only contributed to better doctor ratings of severity of illness and impairment, but also had a buffering effect on suffering from stressors due to migration within the Acculturation-Model. **Discussion:** With regard to illness-relevant factors differences between Turkish and German patients could be caused by cultural, religious, migration-specific, care-centred and socioeconomic aspects. Worse treatment outcome in Turkish patients could be attributed partly to

illness relevant specific characteristics. According to the results of the regression- and path-analyses, the following points are recommended for improving the health-centred care-situation of Turkish patients: working with illness beliefs (increasing confidence in treatment effectivity and in personal influence on illness, exploration of beliefs with respect to illness-causes, reduction of pessimistic illness beliefs), body-centred treatment in the presence of strong somatization (bioenergetic practices), training of stress coping (especially adaptive coping skills), encouragement of personality development, socially supporting networks and treatment motivation. The exploration of critical life events and stressors due to migration should definitely include family burdens (familial violence, mental disorders of other family members, severe conflicts with children and partners, marital problems because of altered social position of the wife), social problems (social isolation, feelings of being a stranger or foreigner, deficits in social competencies, language problems), socioeconomic problems (unemployment), loss of mobility and problems with desire for remigration and unfulfilled hopes in Germany. Furthermore, integration facilitating conditions should be implemented and the goals of treatment should be realistic in regard to achievement. Because of the absence of invariance of metric measurement the interpretation of differences between Turkish and German patients is problematic. Another methodological problem refers to the interdependency of several illness-relevant factors which suggests analyses of subgroups for identifying risk groups. A differentiation between culture- and migration specific characteristics requires a group of Turkish patients without migration experience in Turkey. All in all, the present study has got a strong practical relevance because of its recommendations to improve care based factors. These recommendations should be implemented in practice and could be checked with respect to effectivity by intervention studies.

## **1. Theoretisch-empirischer Teil**

### **1. 1 Gesundheitsbezogene Versorgungssituation türkischer Migranten in Deutschland**

Türkische Migranten stellen mit über 2 Millionen Menschen die größte Migrantengruppe in Deutschland dar (Thalheimer, 2003). Obwohl sie aufgrund ihres Migrantenstatus unterschiedlichsten Belastungen ausgesetzt sind und im Vergleich zu einheimischen Deutschen höhere Prävalenzen für viele Erkrankungen haben, muss die medizinisch-psychoziale Versorgung dieser wichtigen Zielgruppe als defizitär bezeichnet werden.

#### **1.1.1 Hoher Versorgungsbedarf**

Türkische Migranten weisen im Vergleich zu Deutschen einen stärkeren gesundheitsbezogenen Versorgungsbedarf auf. Dies zeigt sich in höheren Prävalenzraten für Krankheiten des Bewegungsapparates, des Herz-Kreislauf-Systems und des Gastrointestinaltraktes sowie für depressive, somatoforme und psychosomatische Störungen (Heim, 2004; Bilgin, Koch & Springfeld, 2003; Kilcher & Spieß, 2003; Köpp & Rohner, 1993; Günay & Haag, 1990). Auch im Vergleich zu Migranten anderer EU-Länder liegt die Prävalenz für depressive Erkrankungen bei türkischen Migranten höher und kann nicht ausschließlich auf den niedrigen sozioökonomischen Status zurückgeführt werden (Levecque, Lodewyckx & Vranken, 2007). Die Inzidenz für Herzinfarkte, Magenkarzinome (Razum, Geiger, Zeeb & Ronellenfitsch, 2004), schizophrene Erkrankungen (Lambert, Haasen & Halilovic, 1998; Haasen, Lambert, Yagdiran & Krausz, 1997; Holzmann, Volk, Georgi & Pflug, 1994) und Suizidversuche (Grube, 2004) liegt ebenfalls höher als bei deutschen Einheimischen. Oftmals leiden türkische Patienten -auch nach einer Behandlung- stärker unter ihren Beschwerden als Deutsche (Razum et al., 2004; von Ferber, Köster & Celayir-Erdogan, 2003; Rogner, Bökli & Bartram, 2001; Schwab & Tercanli, 1987; Eser, 1985), z.B. bei chronischen Schmerzsyndromen (Koch, 2002), Depressionen, Anpassungsstörungen, somatoformen Störungen (Grube 2004; Kizilhan, 2001), schizophrenen Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen (Grube 2004). Sie brechen häufiger die Therapie ab (Glier Tietz & Rodewig, 2001; Wolfersdorf, Durant & Hösch, 1999), lassen sich schwieriger auf eine ambulante Nachbehandlung vorbereiten (Wolfersdorf et al.,



1999) und werden im Durchschnitt 10 Jahre früher invalide als deutsche Patienten (Eser, 1985). Der Krankheitsverlauf ist insbesondere im Rahmen depressiver und somatoformer Störungen chronischer als bei Deutschen (Schmeling-Kludas, Boll-Klatt & Fröschlin, 2002; Glier et al., 2001).

### **1.1.2 Schwierigkeiten bei Diagnostik und Behandlung**

Die Versorgung türkischer Patienten in Deutschland gestaltet sich im Hinblick auf diagnostische und behandlungsbezogene Aspekte problematisch. Es zeigen sich bei der psychiatrisch-psychosozialen Versorgung gravierende Defizite (Schouler- Ocak; 2003; Koch; 2002, 2000). Sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, die von Ausländern als Hauptproblem in der Interaktion mit Ärzten betrachtet werden, sind eine bedeutsame Ursache dieser mangelhaften Versorgungssituation (Borde & David, 2004; Kilcher & Spieß, 2003, Glier et al., 2001; Mirdal, 1984). So werden schizophrene Erkrankungen bei Patienten türkischer Herkunft fünfmal häufiger fehldiagnostiziert als bei deutschen Patienten (Haasen, Yagdiran & Maß, 2000; Özek, 1988; zitiert nach Haasen et al., 1999). Empfehlungen, Anordnungen und durchgeführte Untersuchungen des Arztes werden von türkischen Frauen sehr häufig nicht genau verstanden (siehe Wimmer- Puchinger & Baldaszi, 2001), was von Ärzten dann als schlechte Compliance interpretiert wird (Kilcher & Spieß, 2003, Glier et al., 2001; Mirdal, 1984). Es mangelt an fachkompetenter Sprachvermittlung durch professionelle Übersetzer (Neuber, 2005; Schouler- Ocak; 2003) und an Versorgungsangeboten, die auf migrationsassoziierte Bedürfnisse zugeschnitten sind (Faltermaier, 2001; Arslan & Eroglu, 1993). Somatoforme Störungen werden beispielsweise mit Analgetika, Sedativa oder Tranquilizern übermedikalisiert, ohne auf möglicherweise verursachende migrationsbedingte Belastungen einzugehen (Glier et al., 2001).

Mangelnde Kenntnisse über kulturbedingte Unterschiede bezüglich subjektiver Krankheitsvorstellungen können die therapeutische Beziehung durch Misstrauen belasten (Kilcher & Spieß, 2003; Şaştımdur, 1995) und eine diesbezügliche Übereinstimmung zwischen Behandler und Patienten ist eine wichtige Voraussetzung für Behandlungserfolge (Becker, 1984). Hohe und passive Erwartungshaltungen türkischer Patienten (Koch, 2000; 2002) und die in der Regel weitaus auffälligere Darstellung von Krankheitssymptomen wirken darüber hinaus befremdlich auf deutsche Ärzte und erschweren Behandlungen (Ostermann, 1990). Oftmals stellt sich die Behandlungssituation beim „fremden Patienten“ komplexer dar, was eine Diagnosestellung

erschwert und zu therapeutischer Unsicherheit, stereotypisierenden Zuschreibungen oder rascher Resignation führen kann. Aufgrund der eigenen Dominanzposition als Behandler kann es zu Schuldgefühlen kommen. Aus dem Wunsch heraus, den Migranten unbedingt gleich zu behandeln, entstehen Übervorsichtigkeit und Hilflosigkeit, die den Erfolg der Behandlung verhindern können (Machleidt, Behrens, Ziegenbein & Calliess, 2007).

Auch türkische Organchiffren, d.h. organbezogene Ausdrücke, die im übertragenen Sinne eine andere Bedeutung haben als wortwörtlich, können zu Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen beitragen. In Tabelle 1 finden sich einige Beispiele und ihre Bedeutung in der türkischen Kultur (Heim, 2004; Yildirim-Fahlbusch, 2003; Zielke-Nadkarni, 1999).

Tabelle 1: Türkische Organchiffren (Heim, 2004; Yildirim-Fahlbusch, 2003; Zielke-Nadkarni, 1999)

<b>Organbezogener Ausdruck</b>	<b>Bedeutung</b>
Ich habe meinen Kopf erkältet.	Ich bin verrückt geworden.
Mein Inneres brennt.	Ich habe Durst oder ich bin sehr traurig.
Meine Leber brennt. Meine Lungen brennen.	Ich brenne vor Liebe oder Kummer.
Sie/ er hat meinen Kopf gegessen.	Er hat mich zugelabert. Kein Hinweis auf Wahnvorstellungen wie häufig angenommen
Mein Herz wurde eng.	Indiz für Heimweh Muss kein Indiz für organische Herzkrankheit sein
Meine Gallenblase ist geplatzt.	Ich habe mich erschrocken.
Meine Leber fällt. Der Magen fällt. Mein Nabel sitzt nicht richtig.	Hinter dem "Fallen von Organen" steckt die Vorstellung, dass Beschwerden deshalb auftreten, weil ein Organ nicht mehr an der richtigen Stelle ist.
Meine Arme sind abgerissen. Meine Schultern sind gefallen.	Keine Energie und keine Kraft mehr haben/ nicht mehr belastbar sein
Mein Gehirn ist haltlos.	Hinweis auf Kontrollverluste
Es hat meine Leber/ mein Herz durchstochen.	Hinweise auf Verlusterlebnisse

Schwierigkeiten bei Diagnostik und Therapie, chronische Krankheitsverläufe, starke körperliche und psychische Belastungen, frühe Therapieabbrüche, mangelnde spezifische Versorgungsangebote sowie wenig erfolgreiche Behandlungen bei türkischen Migranten in Deutschland stehen einem starkem Versorgungsbedarf und hohen Behandlungserwartungen dieser Zielgruppe gegenüber. Aus den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit sollen Vorschläge zur optimalen Gestaltung der Diagnostik und Behandlung ausgearbeitet werden. Dazu sind detaillierte Kenntnisse kultur- und migrationsbedingter krankheitsrelevanter Besonderheiten türkischer Patienten notwendig, die bisher auf noch lückenhaftem empirischen Wissen basieren.

## 1.2 Krankheitsrelevante Faktoren

Krankheitsrelevanz haben alle Faktoren, die sich auf die Entstehung, den Verlauf und die Behandlung von Krankheiten auswirken können. Neben Einflüssen, die auch bei Einheimischen krankheitsrelevant sind, wie z.B. kritische Lebensereignisse, soziale Unterstützung, Persönlichkeit oder Behandlungsmotivation, kommen bei türkischen Migranten kulturelle und migrationsbedingte Aspekte als wichtige Einflussfaktoren hinzu.

### 1.2.1 Kulturelle Aspekte

Kulturelle Aspekte können eine Rolle für Krankheiten spielen und unterscheiden sich in verschiedenen Bereichen zwischen Personen türkischer und deutscher Herkunft.

#### 1.2.1.1 Beschreibung des Begriffes „Kultur“

Der Begriff „Kultur“ lässt sich unterschiedlich beschreiben (Kroeber & Kluckhohn, 1952; Geertz, 1973; siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Beschreibungsmöglichkeiten des Begriffes „Kultur“

Beschreibung	Quelle
Gedanken, Taten und Produkte von Menschen	Bodley, 1994
Zu lernende und zu überprüfende Bedeutungen und Richtungen	Williams, 1958
System von erlernten Bedeutungen, das Menschen einen Realitätssinn verleiht und dabei hilft, Verhalten und affektive Reaktionen zu formen.	Fabrega 1992; zitiert nach Thakker & Ward, 1998
„Gesamtheit der Lebensformen, Wertvorstellungen und der durch menschliche Aktivitäten geformten Lebensbedingungen einer Bevölkerung in einem historisch und regional abgrenzbaren(Zeit-)Raum“	Hillmann 1994, Seite 460; zitiert nach Sohn, 2004.
“Culture is a fuzzy set of attitudes, beliefs, behavioural norms and basic assumptions and values that are shared by a group of people, and that influence each member`s behaviour and his/her interpretations of the "meaning" of other people`s behaviour”	Spencer-Oatey, 2000, Seite 4; zitiert nach Sohn, 2004
4 Kultur-Dimensionen: 1.) <b>Machtdistanz:</b> Ausmaß der Akzeptanz ungleicher Machtverteilung 2.) <b>Individualismus/ Kollektivismus:</b> Ausmaß der Integration eines Individuums einer Kultur in Gruppen 3.) <b>Maskulinität/Femininität:</b> Geschlechterrollenverteilung einer Kultur 4.) <b>Unsicherheitsvermeidung:</b> Grad der Akzeptanz der Bedrohung durch ungewisse oder unbekannte Situationen	Hofstede (1997 a,b)

Zusammenhänge zwischen Hofstede`s Kulturdimensionen und gesundheitlichen Aspekten zeigen sich zum einen in einer Korrelation niedriger Unsicherheitsvermeidung, starken Individualismus und starker Femininität mit hohem subjektiven Wohlbe-

finden (Arrindell et al., 1997). Zum anderen manifestiert sich Psychopathologie in individualistischen Kulturen durch Schuld, Entfremdung und Einsamkeit, in kollektivistischen hingegen durch schlechte soziale Beziehungen, soziale Zurückweisung und Scham (Claußen, 2005). Weiterhin zeigen sich Assoziationen zwischen maskulinen Gesellschaften und Schuld sowie Selbstbeschuldigung, während feminine Gesellschaften mit Ängstlichkeits- und Abhängigkeits-Symptomen assoziiert sind (siehe Draguns & Tanaka-Matsumi, 2003).

### 1.2.1.2 Besonderheiten der türkischen Kultur

Die traditionell- islamisch-türkische Kultur umfasst vier bedeutsame Wertgefüge:

**Sevgi** (=Liebe) bezeichnet die Verantwortung der Eltern und älteren Geschwister für die Erziehung der Jüngeren, **Saygi** (= Achtung) regelt die Beziehung der Jüngeren zu den Älteren und der Kinder zu den Eltern, während **Şeref** (=Würde) für die persönliche Würde des einzelnen Individuums steht. **Namus** (= Ehre) legt die geschlechtsspezifische Rolle von Mann und Frau fest (Atabay & Mühlig-Versen, 2001). 99% aller Türken sind Muslime, darunter 75-80% Sunniten und 15% Aleviten (Sturm, 2000). Islam bedeutet „Ergebung in den Willen Gottes“ (Becker, Wunderer & Schultz-Gambard, 1998) und stellt sich in der Türkei als Staatsislam, Volksislam und politischer Islam dar (zusammenfassend siehe Sohn, 2004). Er ist mit 2,5 Millionen Muslimen die zweitgrößte Religion in Deutschland, wobei 90% der Muslime aus der Türkei stammen. Der Islam unterstützt patriarchale Strukturen und lässt keine Streitkultur zu (Atabay & Mühlig-Versen, 2001). Er besteht aus 5 Säulen: das Glaubensbekenntnis, fünf tägliche rituelle Gebete, Fasten während des Monats Ramadan, Abgaben für gemeinnützige Zwecke und die Pilgerreise nach Mekka (Becker, Wunderer & Schultz-Gambard, 1998). Muslime glauben an ein von Gott gegebenes Schicksal, an ein Leben nach dem Tod, an ein Jüngstes Gericht, an Engel, Propheten Gottes und an die vier heiligen Schriften. Viele glauben auch an Satan und an "Cins" oder Geister, die für Menschen unsichtbar sind, aber ihr Leben beeinflussen können. Die Gebote der islamischen Ethik sehen die Familie als wesentliche Voraussetzung einer gesunden Gesellschaft. Der Mann ist traditionell das Familienoberhaupt und für die Versorgung und den Schutz aller verantwortlich. Die Frau berät und unterstützt ihn beim Treffen wichtiger Entscheidungen. Sie soll treu sein, bei der Kindererziehung mitwirken, den häuslichen Bereich organisieren, Werte vermitteln, und ein soziales

Netzwerk aufbauen (Wagemann, 2005; Mühlig-Versen, 2001). Kongar (1989) unterscheidet traditionell-ländliche von modern-städtischen Familienstrukturen, wobei letztere durch mehr Gleichstellung der Ehegatten und Unabhängigkeit der Frau durch Möglichkeit der Bildung und Erwerbstätigkeit gekennzeichnet sind. Lebensgrundlage für die meisten Familien im ländlichen Raum ist die Landwirtschaft (zusammenfassend siehe Sohn, 2004). 55% der jetzigen dörflichen Haushalte bestehen aus Kleinfamilien, die viele gemeinsame Interessen und Bedürfnisse gegenüber Nachbargemeinden verteidigen und deshalb zusammenhalten müssen (Kürşat-Ahlers & Ahlers, 1985). Frauen sind meistens durch Feld- und Hausarbeit doppelt belastet und haben aufgrund der traditionellen Werte und des patriarchalischen Gefüges ein geringes Mitspracherecht. Gerade für Mädchen bestehen in diesen Strukturen nahezu keine Alternativen zur Übernahme der Rolle von Mutter und Hausfrau (zusammenfassend siehe Sohn, 2004). Vor allem in Agrar- und Dorfgesellschaften der Türkei führt die Sozialisation in der Großfamilie zur Herausbildung eines Wir-Ichs (Claußen, 2005). Im Vergleich zur deutschen Kultur ist die türkische dementsprechend kollektivistischer (siehe Hofstede, 1997a, b). Junge Erwachsene werden bis zur Eheschließung in der elterlichen Familie versorgt und stark eingebunden (Atabay & Mühlig-Versen, 2001). Das Ansehen der Familie ist wichtiger als das eigene Ansehen. Es herrscht ein konservativer auf Gehorsam ausgerichteter Erziehungsstil, eigene Wünsche, Interessen und Bedürfnisse haben kaum Platz. Das Kind ist den Eltern ewig zu Dank verpflichtet (Atabay & Mühlig-Versen, 2001). Die im Vergleich zu Deutschland stärkere Machtdistanz (Hofstede, 1997 a, b) zeigt sich auch in der Betonung des Gehorsams (Kagitcibasi, 1970) gegenüber Autoritätspersonen allgemein, z.B. gegenüber Lehrern, Chefs und dem politischen Oberhaupt, das oft als fürsorglicher Vater betrachtet wird (Handschuck & Khanide, 2001). Frauenbilder umfassen das "reine" Familien-Mädchen (Temiz aile kizi), die Ehefrau (Kadin), die Mutter (anne) und die Hure (orospu). Sollte das Verhalten einer Frau normabweichend sein, gilt der Vater oder Mann als schwach (Mühlig-Versen, 2001). Viele türkische Jungen erleben Väter, die Gewalt ausüben und ihnen gegenüber keine Liebe, Zuneigung oder Anerkennung zeigen (Atabay, & Mühlig-Versen, 2001). Männlichen Kindern wird die Liebe zur Mutter als höchst ehrbares Gefühl vermittelt. Die meisten Kinder aus Migrantenfamilien türkischer Herkunft werden unselbständig erzogen; teilweise herrscht noch die Praxis der Verheiratung durch die Eltern. Atabay (1998) unterscheidet bei türkischen Migranten religiös-traditionell orientierte Familien, Familien zwischen Tradition und

Moderne sowie moderne Familien, wobei die ersten beiden Typen die größte Gruppe darstellen.

## **1.2.2 Subjektive Krankheitskonzepte**

Subjektive Krankheitsvorstellungen haben einen bedeutsamen Einfluss auf Krankheiten (siehe 1.2.2.2) und werden durch kulturelle Faktoren beeinflusst (siehe 1.2.2.4). Einige Studien liefern Hinweise auf Besonderheiten subjektiver Krankheitskonzepte bei Personen türkischer Herkunft (siehe 1.2.2.5).

### **1.2.2.1 Definition und Klassifikation subjektiver Krankheitskonzepte**

"Subjektive Krankheitskonzepte" sind die *"Summe aller Meinungen, Deutungen, Erklärungen und Vorhersagen bezüglich Störungen des Gesundheitszustandes eines Menschen"* (Linden, 1985). Sie umfassen *Vorstellungen von Patienten über das Wesen, die Entstehung und die Behandlung ihrer Erkrankung* (Faller, 1997). Krankheit kann für Patienten das "Unerklärlich-Numinose", ein "von außen eingedrungenes schädigendes Agens", ein "dynamisch-physikalischer Prozess" oder "eine gestörte Organfunktion" sein (Böker, 1980, zitiert nach Linden, Nather & Wilms, 1988). Unter psychologisch-funktionalem Ansatz werden Krankheitskonzepte im Hinblick auf Internalität (selbst Einfluss auf Krankheit ausüben können) vs. Externalität (unbeeinflussbare äußere Faktoren bestimmen Krankheit) beschrieben (Wallston et al., 1978, zitiert nach Linden, Nather & Wilms, 1988). Fisher und Farina (1979, zitiert nach Linden, Nather & Wilms, 1988) unterscheiden biologische und psychosoziale Krankheitskonzepte. Andere Beschreibungsansätze beziehen sich auf kognitive (Bishop, 1991; Baumann, Cameron, Zimmermann & Leventhal, 1989; Burns, 1981; Linden 1980/1982, beide zitiert nach Linden, Nather & Wilms, 1988; Bishop & Converse, 1986) und motivationspsychologische Theorien (Becker et al., 1975; zitiert nach Linden, Nather & Wilms, 1988).

### **1.2.2.2 Das Common- Sense- Modell als Erklärung für die Entstehung subjektiver Krankheitskonzepte (Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980)**

Dem prozessualen Common- Sense -Modell zufolge (zusammenfassend siehe Hagger & Orbell, 2003; Leventhal, Nerenz und Steele, 1984; Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980; siehe Abbildung 1) werden Krankheitssignale wahrgenommen und mit

Gedächtnisinhalten verknüpft, aus denen kognitive Repräsentationen des Problems und Begleitemotionen entstehen. Sie umfassen persönliche Annahmen über Krankheitssymptome (Identität), Ursachen, Konsequenzen, Dauer der Erkrankung, Behandlungswirksamkeit, persönlichen Einfluss und krankheitsbezogene Emotionen (Leventhal et al., 1984). Anschließend werden Bewältigungsstrategien (Stressverarbeitung) entwickelt und ausgeführt, um das Problem und die Emotion zu bewältigen. Die Ergebnisse der Handlungsbewertung wirken sich wiederum auf Stressverarbeitung, Problemrepräsentation und krankheitsbezogene Kriteriums-Variablen aus (Leventhal et al., 1997; Leventhal et al., 1984).

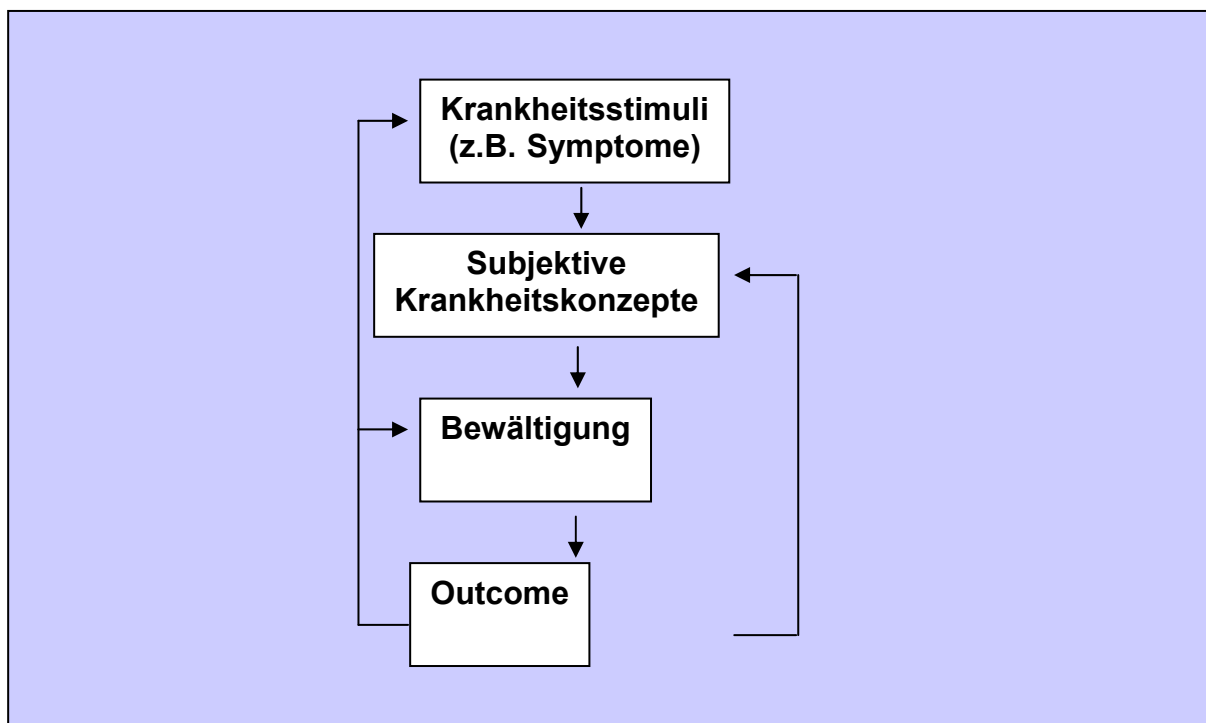


Abbildung 1: Common-Sense –Modell für subjektive Krankheitskonzepte (modifiziert in Anlehnung an Hagger & Orbell, 2003, S. 144).

Unterschiedliche Faktoren subjektiver Krankheitskonzepte korrelieren untereinander. So ist ein starker Glaube an die Behandlungswirksamkeit mit einer kürzer eingeschätzten Krankheitsdauer und einer geringeren Überzeugung von negativen Konsequenzen assoziiert (Weinman & Petrie, 1997), z.B. bei Patienten mit Angina oder Herzinfarkt (Lau-Walker, 2004). Subjektive Krankheitskonzepte hängen auch mit Stressbewältigung zusammen (zusammenfassend siehe Hagger & Orbell, 2003;

Scharloo et al., 1998; Heijmans 1998) und beeinflussen die Compliance eines Patienten (Sensky, 1997; Linden et al., 1988; Linden, 1985). Dabei wirkt sich eine starke Überzeugung von der Behandlungswirksamkeit und ein geringer Glaube an negative Krankheitskonsequenzen Compliance-förderlich aus, z.B. bei hypertonen Patienten (Ross, Walker & MacLeod, 2004), Infarktpatienten (Petrie, Weinman, Sharpe & Buckley, 1996) und schizophrenen Patienten (Prinz-Kaltenborn, 2003). Die Annahme negativer Krankheitskonsequenzen, eines chronischen Krankheitsverlaufs, eine starke Ausprägung auf Identität und mangelnder Glaube an die eigenen Einflussmöglichkeiten auf die Erkrankung korrelieren hingegen signifikant negativ mit psychischem Wohlbefinden, Funktionsniveau und Vitalität. Wahrgenommener persönlicher Einfluss über die Erkrankung fördert hingegen gute Behandlungsergebnisse bei körperlichen Erkrankungen und dem chronischen Müdigkeitssyndrom (Han, McGoll, Barton, James, Steen & Welfare, 2005; Hagger & Orbell, 2003; Scharloo et al., 1998; Heijmans 1998; Frey, 1992, zitiert nach Filipp & Aymanns, 1997; Moss-Morris, Petrie & Weinman, 1996; Petrie et al., 1996). Therapeutische Relevanz erhalten subjektive Krankheitskonzepte nicht nur durch ihre Bedeutsamkeit für Compliance und Behandlungsergebnisse, sondern auch durch ihre Wirkung auf Symptomwahrnehmung (Faller, 1998) und Behandlungserwartungen (Faller, 1997) sowie durch ihre Veränderbarkeit im Rahmen der Behandlung (Flick, 1998; Diefenbach & Leventhal, 1996; Adler, Rauchfleisch & Mülleijans, 1996).

### **1.2.2.3 Soziodemographische und diagnosespezifische Korrelate**

Alter, Geschlecht, Schulbildung und sozioökonomischer Status korrelieren mit subjektiven Krankheitskonzepten, beispielsweise bei depressiven Patienten (Faller, 1997; Adler et al., 1996), Herzinfarktpatienten (Kauderer-Hübel, Zenz, Buchwalsky & Bruch, 1989) und Schizophrenen (Linden et al., 1988). Auch in Abhängigkeit von der Diagnose zeigen sich unterschiedliche subjektive Krankheitstheorien (Heijmans & de Ridder, 1998) bei chronisch körperlichen Erkrankungen (Scharloo & Kaptein, 1997; Faller, Lang & Schilling, 1994; Muthny, Bechtel & Spaete, 1992), koronaren Herzerkrankungen (Faller, 1989; Kauderer-Hübel et al., 1989), Neurosen, psychosomatischen Störungen (Faller, 1998, 1997; Ahrens & Elsner, 1981), Depressionen (Fortune, Barrowclough & Lobban, 2004; Duddu, Chaturvedi & Isaac, 2003; Brown et al., 2001; Frommer, Jüttemann-Lembke, Stratkötter & Tress, 1995; Wiegand & Matus-



sek, 1991), Psychosen (Angermeyer, 1998; Bock & Junck, 1991) und Schizophrenien (Lasar & Loose, 1994; Thurm-Mussgay, 1990). Das Ausmaß der Psychopathologie hat keinen Einfluss auf die Krankheitskonzepte (Linden & Seidel, 1998).

#### **1.2.2.4 Kulturelle Einflüsse auf subjektive Krankheitskonzepte**

Für die Elaboration persönlicher Krankheitsrepräsentationen stehen der allgemeine Informationspool der jeweiligen Kultur, die soziale Kommunikation mit anderen Personen und die individuelle Krankheitserfahrung zur Verfügung (Leventhal et al., 1984). Kultur beeinflusst die Wahrscheinlichkeit der Wahrnehmung und Bewertung von Abweichungen vom körperlichen und psychischen Wohlbefinden. Je traditioneller die Kultur ist, desto geringer die Differenzierung zwischen körperlicher und psychischer Krankheit. Technisch weiter entwickelte Gesellschaften haben in der Regel differenziertere kognitive Kategorien hinsichtlich Ätiologie, Verantwortlichkeit und Prognose von Erkrankungen als Mitglieder traditioneller Gesellschaften. Durch die Interaktion zwischen Kultur und sozialer Klasse ergibt sich der Inhalt der krankheitsbezogenen kognitiven Kategorisierung. Bei kulturellen Veränderungsprozessen - entweder als Resultat ökonomischer Entwicklung oder einer Migration- ändern sich die kognitiven Kategorien und das Vokabular in Richtung einer stärkeren wissenschaftlichen Orientierung. Dies führt schließlich zu unterschiedlichen Wahrnehmungen von Krankheit innerhalb einer Kultur (Angel & Thoits, 1987), d.h. subjektive Krankheitskonzepte türkischer Migranten in Deutschland unterscheiden sich möglicherweise von denen türkischer Personen in der Türkei.

Vergleichende Studien zeigen eine kulturelle Beeinflussung subjektiver Krankheitskonzepte. So werden Krankheitsursachen interkulturell unterschiedlich bewertet. Mexikanische Amerikaner führen Schizophrenie beispielsweise eher auf Nervenprobleme zurück als englische Amerikaner (Jenkins, 1988). Indische Migranten glauben stärker an übernatürliche Krankheitsursachen und Zufall als einheimische Briten (Jobanputra & Furnham, 2005). Briten betonen biologische Ursachen der Schizophrenie, Afrokaribianer und Bangladesen (McCabe & Priebe, 2004), Chinesen (Furnham & Chan; 2004) und Japaner (Furnham & Murao, 2000) soziale Ursachen (Furnham & Chan, 2004; Furnham & Murao, 2000). Personen aus Saudi-Arabien führen Halluzinationen verstärkt auf Satan und Magie zurück, Briten hingegen auf biologische Ursachen (Wahass & Kent, 1997). Deutsche haben bezüglich der Krebsentstehung stärker ausgeprägte internale Kontrollüberzeugungen und psychosoziale Krankheits-

konzepte als Spanier (Bermejo & Muthny, 2006). Im allgemeinen tendieren Personen aus westlichen Gesellschaften zur Überschätzung der Wichtigkeit persönlicher Faktoren und zur Unterschätzung situationaler Faktoren beim Attribuieren, während Personen aus Indien, China und Japan Verhalten stärker auf Kontextfaktoren zurückführen (Kirmayer, Young & Robbins, 1994).

Auch subjektive Vorstellungen über die Wirksamkeit von Behandlungen und die eigenen Einflussmöglichkeiten variieren interkulturell. So glauben Asiaten stärker an die Wirkung familiärer Unterstützung und Arbeit bei depressiven Verstimmungen, während Briten die Unterstützung durch Freunde als effektiver betrachten (Furnham & Malik, 1994). Araber schätzen religiöse Hilfe bei Krankheiten am effektivsten ein, Briten hingegen Medikamente und Psychotherapie (Wahass & Kent, 1997). Westlich orientierte Krebspatientinnen versuchen den Verlauf ihrer Krankheit durch eigenes Verhalten aktiv zu beeinflussen, arabische Krebspatientinnen nehmen deren Verlauf als unkontrollierbar und irreversibel wahr (Baider & Sarell, 1993, zitiert nach Filipp & Aymanns, 1997).

#### **1.2.2.5 Hinweise auf Besonderheiten subjektiver Krankheitskonzepte bei Personen türkischer Herkunft**

Bei Personen türkischer Herkunft können religiöse und magische Vorstellungen bedeutsam für das Krankheitsverständnis sein, da der Einfluss des göttlichen Willens auf die Gesundheit im Islam als schicksalhaft angesehen wird (Ostermann, 1990). Volksmedizinische Erklärungsmuster werden vor allem bei psychischen Beschwerden, unklaren Krankheitserscheinungen und Fehlschlägen anderer Therapien herangezogen (Becker, Wunderer & Schultz-Gambard, 1998). Übernatürliche Krankheitsursachen beziehen sich u. a. auf böse Geister, sog. Cins (siehe auch Gailly, 1997). Diese können gut und böse sein, halten sich oftmals in Müllhaufen, Kisten, Gewässern, Dachböden auf und dürfen nicht gestört werden. Sie können in Form von Tieren (schwarze Katze, Hund oder Adler) erscheinen und werden für Streitigkeiten zwischen den Geschlechtern, Ohnmachtsanfälle, Sprachverlust und Lähmungserscheinungen verantwortlich gemacht. Sie werden bei Zurückweisungen der Eltern oder Verstößen gegen göttliche Gebote zornig und in diesem Kontext häufig mit psychischen Erkrankungen in Verbindung gebracht (Assion, Dana & Heinemann, 1999). Eine Sondererscheinung ist die sog. rote Frau (Alkarisi), die für Krankheit und Tod

von Müttern und Neugeborenen verantwortlich gemacht wird (Ostermann, 1990). Nazar – der böse Blick- sei eine schlechte, gar tödliche Kraft, die besonders von blauäugigen Menschen mit blonden Haaren oder von menstruierenden Frauen ausgehe, und zu Kopfschmerzen, Müdigkeit, Übelkeit und Schwindel führe. Viele türkische Frauen versuchen, den bösen Blick von sich und ihren Kindern zu wenden, indem sie die Liebe zu ihrem Kind in Gegenwart anderer nicht offen zeigen. Konflikte in Beziehungen gelten als durch büyü (Zauberei und Magie) beeinflusst (Zielke-Nadkarni, 2001; Becker, Wunderer & Schultz-Gambard, 1998; Ostermann, 1990). Magische Erklärungsversuche haben eine Schuld-entlastende Funktion für den Patienten und legitimieren in der Türkei die Krankenrolle des Patienten gegenüber seiner Umwelt (Becker, Wunderer & Schultz-Gambard, 1998). Krankheitskonzepte türkischer Familien in Deutschland umfassen magisch anmutende traditionelle Deutungsmuster, modifizierende Einflüsse durch Erklärungen der naturwissenschaftlich orientierten Medizin, Einstellungen der Ausländer gegenüber der Residenzgesellschaft (z.B. Abwehr, Misstrauen) und psychische Prozesse, die durch das Krankheitsereignis ausgelöst werden (wie z.B. Schuldgefühle, Abwehr, Projektion) (Schäfer-Böcker, 1987).

Es existieren einzelne methodisch und inhaltliche sehr heterogene Studien zu subjektiven Krankheitskonzepten bei Personen türkischer Herkunft, denen zufolge diese Personen weniger von ihrem eigenen Einfluss auf die Erkrankung überzeugt sind, beispielsweise im Vergleich zu Briten (Bowling, 1994) und schwedischen Einheimischen (Bäärnhielm & Ekblad, 2000). Als vermutete Ursachen ihrer Erkrankung geben sie im Vergleich zu Personen anderer Herkunft häufiger externale, magische und religiöse Faktoren an (David, Borde & Kentenich, 2002a; Bäärnhielm & Ekblad, 2000; Bowling, 1994; Ruhkopf, Zimmermann & Bartels, 1993). Auf offene Fragen zu möglichen Krankheitsursachen antworten sie eher selten, da sie es als Aufgabe des medizinischen Experten betrachten, über Ursachen nachzudenken (Bäärnhielm & Ekblad, 2000) oder kaum Wissen darüber haben (Ruhkopf et al., 1993). Der Glaube an die Kompetenz des Arztes sowie die Beziehungen zur eigenen Familie werden als wichtige Einflussfaktoren des Behandlungserfolges angesehen (Bäärnhielm & Ekblad, 2000). Sie halten im Vergleich zu Deutschen mehr von Arzneimitteln als von Beratungsgesprächen (von Ferber et al., 2003). Im Gegensatz zu Briten glauben sie stärker an die Wirksamkeit von Arztbesuchen zur Krankheitsvermeidung (Bowling, 1994).

### **1.2.3 Kulturelle Einflüsse auf das Beschwerdebild von Krankheiten**

Kulturelle Einflüsse auf Krankheiten zeigen sich in der Existenz einer Vielzahl kulturgebundener Syndrome (siehe Tabelle 3). Zwischen den klassischen Krankheiten der Psychiatrie und den kulturgebundenen Syndromen besteht grundsätzlich kein Unterschied, da alle Krankheiten bezüglich ihres Erscheinungsbildes, ihrer Häufigkeit und ihres Verlaufes durch die Kultur beeinflusst werden können. Die Unterscheidung bezieht sich eher auf Art und Ausmaß des Kultureinflusses (Pfeiffer, 1994). Ob kulturgebundene Syndrome Varianten bekannter Störungen sind, einen biologischen Ursprung haben oder ob nicht alle Störungen kulturgebundene Störungen sind, weil keine Störung dem kulturellen Kodieren, Formen und Präsentieren entgeht, bleibt bislang offen (Marsella & Yamada, 2000).

Tabelle 3: Beispielhafte kulturspezifische Syndrome (González & Griffith, 2005; Weiss, 2005; Hughes, 2005; Kirmayer, Dao & Smith, 1998; Pfeiffer, 1994).

Syndrom	Vorkommen	Symptome	Ursachen, Auslöser	Zielgruppe
<b>Suoyang, Koro</b> Das Schwinden der Genitalien	Überall, wo das männliche Genitale als Zentrum der Lebenskraft angesehen wird: z.B. China, Bengalen, Nigeria	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kastrationsangst</li> <li>- Der Betroffene hält panisch das Glied fest, um sein Verschwinden in die Bauchhöhle zu verhindern, da es den Tod bedeuten würde. Dabei unterstützen ihn die Familie und Freunde.</li> <li>- anfallsartige Angstparoxysmen mit heftigen vegetativen Symptomen</li> <li>- meist in chronisch-neurasthenisches Zustandbild eingebettet</li> </ul>	Akute Konfliktreaktionen nach Geschlechtsverkehr oder nach der Hochzeit	Die Betroffenen sind meist selbstunsicher, ihnen fehlt das Vertrauen in die eigene Männlichkeit, Schwierigkeiten in der Sexualentwicklung
<b>Dhat, Jiryan, Sukra prameha</b> Spermaverlust	Indien	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Besorgnis durch anhaltenden Spermaverlust (infolge exzessiver sexueller Aktivität etc.) einen bleibenden Schaden erlitten zu haben</li> <li>- allgemeiner Kräfteverfall mit Erschöpfungsgefühl und Abmagerung und viele körperliche Symptome wie Herzklopfen, Rückenschmerzen, auch psychische Symptome wie Konzentrationsschwäche, Benommenheit und Angstgefühl und Impotenz</li> </ul>		Männer
<b>Frigophobie</b> Kältekrankheit Exzess an innerer Hitze	China, Korea	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Furcht vor Kälte (paleng in China); chronischer Verlauf; Ängste beziehen sich auf Kälte, Rückzug aus Gesellschaft, dick anziehen (2-9 Lagen übereinander); oftmals Zwangssymptome dabei</li> <li>- Naeng (Korea): Ausfluss aus der weiblichen Scheide; Kälte des Unterleibs,</li> <li>- Hitze, Gefühl des Brennens am Körper oder am Kopf</li> </ul>		
<b>Brain-Faig-Syndrom</b>	Nigeria	Kopfdruck, Kopfschmerz, Sehstörungen, Augenschmerzen, Unfähigkeit zur Konzentration, zur Aufnahme und zur Wiedergabe des Wissensstoffes, Gespanntheit, ängstliche und depressive Züge.	Zusammenhang zu Studienbelastungen	Besonders bei Studenten und Schülern

		- passt gut zu Anpassungsstörungen oder zum Erschöpfungssyndrom		
<b>Susto</b> Schreckreaktion	Lateinamerika	- ein Schreck führt zum Verlust der Seele - besonders häufige Symptome: allg. Schwäche, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, niedergeschlagene Stimmung - ähnelt agitierter Depression	Kann akut mit traumatischen Ereignissen einsetzen, aber auch erst nach Tagen oder Jahren	Vor allem bei Personen in sehr ungünstigen sozialen Umständen
<b>Latah- Syndrom</b>	z. B. Java	1.) mimetische Form: Echolalie, Echopraxie und Befehlsautomatie 2.) impulsive Form mit überschießendem Schreckverhalten, verbaler und tätlicher Abwehr 3.) Sonderfall der impulsiven Form: Latah-Anfall wird durch den Anblick oder die Nennung gefürchteter Tiere oder sonstiger Wesenheiten ausgelöst.	Latah-Anfall wird durch den Anblick oder die Nennung gefürchteter Tiere oder sonstiger Wesenheiten ausgelöst.	
<b>Mata Gelap</b> Verfinsterung des Blickes	Indonesien	- emotional bedingte Destruktion des Wahrnehmungsfelds - flüchtige Verwirrtheit, überschüssende Motorik, zielloses Fortrennen, Aggressionen - äußerste Steigerung des Mata gelap: Amok	Körperliche, psychische Erkrankungen, Erschöpfung, Schlafmangel, Intoxikation, Verlust der Wohn- und Rangordnung	
<b>Verhexungswahn</b>	Südtalien und Sizilien	- abnorme Erlebnisreaktion - Gewissheit einer bedrohlichen, magischen Bestrafung - Somatisierung	- schuldhaft erlebter Konflikt - meist Betrug der in der Heimat zurückgebliebenen Braut durch eine sexuelle Erfahrung im Ausland	Junge Männer
<b>Twatl ye sni</b>	Nordamerika	- Gefühle der Hilflosigkeit - Gedanken an den Tod - Überbeschäftigung mit Ideen über Geister		Sioux-Indianer
<b>Hiwa: Itck</b> heartbreak syndrome	Amerika	- Gewichtsverluste, Schlafstörungen, Drohungen, andere zu töten, Trauerverhalten	tritt bei verheirateten Leuten auf, die ihren Partner verlieren	bei alten amerikanischen Indianer-Männern

<b>Hwa-byung</b>	Korea	- Gefühle der Schwere, Brennen oder Masse im Magen-Bereich, Kopfschmerzen, Muskelschmerzen, trockener Mund, Insomnie, Palpitationen, depressive Symptome	somatische Manifestation unterdrückten Ärgers	
<b>Falling- out/ Blacking- out</b>	Karibik	Episoden des Bewusstseinsverlustes		bei Afrokaribianern
<b>Ataques de nervios</b>	Lateinamerika	Agitation, Schreien und Verlust der Kontrolle		

### 1.2.3.1 Kulturelle Besonderheiten psychotischer Erkrankungen

Psychosen werden durch kulturelle Faktoren beeinflusst (Whaley, 1998; Savaskan & Mahrer, 1997; Ndeti & Vadher, 1984; Murphy, 1967). So ergeben sich interkulturelle Unterschiede bezüglich der Inhalte und Häufigkeiten von Wahnvorstellungen (Kim et al., 1993). Dabei treten Schuldwahn und Größenwahn eher in individualistischen Gesellschaften auf (Stompe et al., 1999), religiöse Wahninhalte häufiger bei Europäern, Vergiftungs- und Eifersuchtswahn eher bei Deutschen, Verleumdungswahn bei Japanern (Tateyama, Asai, Hashimoto, Bartels & Kasper, 1998; Tateyama, Asai, Kamisada, Hashimoto, Bartels & Heimann, 1993), politischer Wahn bei Patienten aus Shanghai, Hypnotismus- und Supermacht-Wahninhalte bei Taipei –Patienten (Kim et al., 2001). Der kulturunabhängigere Verfolgungswahn kommt in allen Kulturen am häufigsten vor, wobei die Verfolgung durch Nachbarn oder Familie in Kulturen mit starken familiären Bindungen überwiegt.

Kulturelle Einflüsse auf die Häufigkeit und den Inhalt halluzinatorischer Symptome (Ndeti & Vadher, 1984; Kent & Wahass, 1996) zeigen sich beispielsweise darin, dass saudische schizophrene Patienten häufiger auditorische Halluzinationen mit religiösen und abergläubischen Inhalten aufweisen, während bei britischen Patienten eher kommentierende Inhalte mit Instruktionscharakter auftreten (Kent & Wahass, 1996). Optische Halluzinationen kommen häufiger in Afrika, Indien und Südostasien vor (siehe Machleidt & Calliess, 2005; zusammenfassend siehe Draguns & Tanaka-Matsumi, 2003). Nordafrikanische in Frankreich lebende Schizophrene weisen weniger Selbstmordversuche auf als einheimische Schizophrene (Taleb, Rouillon, Petitjean & Gorwood, 1996). Die in kollektivistischen Kulturen mit traditionellen Großfamilien weniger ausgeprägten Negativsymptome der Schizophrenie erklären möglicherweise den in Entwicklungsländern im Vergleich zu individualistischen Industrieländern weniger chronischen Verlauf der Erkrankung (siehe Machleidt & Calliess, 2005; zusammenfassend siehe Draguns & Tanaka-Matsumi, 2003).



### 1.2.3.2 Kulturelle Besonderheiten der Somatisierung

Somatisierung kann unterschiedlich definiert werden und verschiedene Funktionen erfüllen (siehe Tabelle 4)

Tabelle 4: Definitionen und Funktionen der Somatisierung

Definition/ Funktion: Somatisierung	Quelle
Indikator einer organischen Erkrankung: gestörte psychophysiologische Mechanismen	Kirmayer, Dao & Smith 1998
Viszeraler Ausdruck von Angst, der dadurch nicht ins Bewusstsein gelangt	Menninger (1947, zitiert nach Lipowski, 1988)
<ol style="list-style-type: none"> <li>1.) Primäres Problem (z.B. bei somatoformer Störung)</li> <li>2.) Problem im Rahmen einer psychiatrischen Erkrankung</li> <li>3.) Maskierte Störung</li> <li>4.) Persönlichkeitseigenschaft</li> </ol>	Lipowski (1988)
<ol style="list-style-type: none"> <li>1.) Medizinisch unerklärbare körperliche Symptome</li> <li>2.) Hypochondrische Sorgen</li> <li>3.) Somatische Präsentation bei psychiatrischen Störungen</li> </ol>	Kirmayer et al. (1998); Kirmayer & Robbins (1991)
Akute vs. subakute vs. chronische Somatisierung	Rosen, Kleinman & Katon (1982)
Langfristige Krankheitsrolle zur Gewinnung sekundären Krankheitsgewinns oder erlernter Stressverarbeitungsstil ohne Krankheit	Kleinman & Kleinman (1985)
<ol style="list-style-type: none"> <li>1.) Defizit des symbolischen Ausdrucks und Lösens emotionaler Konflikte</li> <li>2.) Symbolische Kondensation intrapsychischer Konflikte</li> <li>3.) Gut-strukturierte, enkodierte, konventionelle Art des Stressausdruckes (Idiome des Stresses)</li> <li>4.) Indikator von sozialen oder interpersonalen Problemen</li> <li>5.) Form des sozialen Widerstands, z.B. Somatisierung der Chinesen als Ausdruck einer Unzufriedenheit mit dem politischen System</li> <li>6.) Rekonfiguration familiärer Beziehungen durch Veränderung des Machtgefüges</li> </ol>	Kirmayer, Dao & Smith (1998)
Stressverarbeitungs-Mechanismus, um das soziale Unterstützungssystem zu triggern	Myriam & Van Moffaert (1998)
Genetische Faktoren, Manifestationen der Depression, Angst, physiologischer Aktivität, gelernte Prozesse, Hypochondrie, Feindseligkeit, soziale Verstärkung, Abwehrmechanismen und Alexithymie.	Kellner (1990)

**Somatisierung** (Kirmayer et al., 1998) unterscheidet sich interkulturell in Prävalenz, Ausdruck und spezifischen Merkmalen (Parker, Chea & Roy, 2001; Simon, VonKorff, Piccinelli, Fullerton & Ormel, 1999; Kirmayer & Young, 1998; Coelho, Strauss & Jenkins, 1998; Brodsky, 1984; Rosen, Kleinman & Katon, 1982). Somatisierungsstörungen kommen am häufigsten bei Afroamerikanern vor (Kirmayer & Young, 1998), somatisierte Depressionen in der Türkei, Griechenland, Nigeria, Indien, Shanghai und China (Simon et al., 1999). Besonders hohe Prävalenzraten der Somatisierung ergeben sich in südamerikanischen Ländern (Simon et al., 1999), auf den Philippinen (Kirmayer & Young, 1998), in Saudi Arabien,

Westafrika, Indien, im Irak und im Sudan (zusammenfassend siehe Kleinman & Kleinman, 1985). In vielen Kulturen indizieren somatische Symptome persönlich und sozial signifikante Ereignisse. Als Idiome des Stresses dienen sie dazu, Stress in legitimer Weise zu kommunizieren. Vietnamesen vermeiden beispielsweise starke Emotionen in der Öffentlichkeit und somatisieren, da Gefühlsausdruck in ihrer Kultur als Schwäche des Geistes interpretiert wird (zusammenfassend siehe Kirmayer et al., 1998). Auch in der chinesischen Kultur werden dysphorische Emotionen stark stigmatisiert, medizinisch wenig unterstützt und deshalb von den Betroffenen unterdrückt, die stattdessen mit Kopfschmerzen, Schwindel und Schlafstörungen als neurasthenisch diagnostiziert werden (zusammenfassend siehe Kleinman & Kleinman, 1985). In vielen Sprachen wird eine Somatisierung durch das Fehlen spezifischer Begriffe für Emotionen gefördert. Somatisierung ist jedoch auch im Westen ein weitverbreitetes Phänomen (Isaac, Janca & Orley, 1996; Kleinman & Kleinman, 1985), z.B. bei 50% der Patienten mit psychiatrischen Störungen (Bridges & Goldberg, 1985). Ein positiver Zusammenhang zwischen der Anzahl berichteter somatischer Symptome und dem Ausdruck von Emotionen widerlegt die Hypothese der Kopplung des Auftretens der Somatisierung bei geringer Bildung. Weltweit ist das Auftreten körperlicher Symptome wahrscheinlicher als das Präsentieren emotionaler Beschwerden, um psychosozialen Stress auszudrücken (zusammenfassend siehe Isaac et al., 1996). Auch im Rahmen von Depressionen sollten somatische Symptome als Hauptkomponente des depressiven Syndroms in allen Kulturen beachtet werden (Simon et al., zitiert nach Small, Lumley & Yelland, 2003).

### **1.2.3.3 Kulturelle Besonderheiten depressiver Erkrankungen**

Singer (1975) postuliert ein universell gültiges Konzept der depressiven Störung, da es interkulturell mehr Ähnlichkeiten als Unterschiede gebe. So kamen depressive Kernsymptome – wie Traurigkeit, Angst, Spannung, Mangel an Energie, Interesseverluste, Konzentrationsschwierigkeiten- kulturunabhängig bei depressiven Patienten aus Basel, Montreal, Teheran, Nagasaki und Tokio vor, Schuldgefühle und Selbstvorwürfe eher in christlich-jüdischen Ländern, somatische Symptome am häufigsten im Teheran (WHO, 1983; zitiert nach Bebbington, 1993). Interkulturelle Unterschiede in Prävalenzraten einzelner Symptome seien auf Stichprobenselektionen, Sprachschwierigkeiten und die Benutzung verschiede-

ner kulturgebundener Diagnosesysteme zurückzuführen (Bebbington, 1993; Marsella, 1980; Singer, 1975). Kleinman (1977) hingegen unterscheidet zwischen "disease", einer Fehlfunktion oder Fehlanpassung biologischer oder psychologischer Prozesse, und "illness", die persönliche, interpersonale und kulturelle Reaktion auf "disease". Das depressive Syndrom an sich sei ein "disease", das Ausmaß und die Form der Somatisierung gehöre zu "illness" (Kleinman, 1977). Depressive Chinesen zeigten in seinen Studien eine Vielzahl somatischer Symptome unter Ausbleiben dysphorischer Affekte und definierten ihre Störung als körperliche Erkrankung (Kleinman & Kleinman, 1985). Die Erfahrung, die Bedeutung und der Ausdruck der depressiven Störung variiert als Funktion des kulturellen Kontextes (Draguns & Tanaka-Matsumi, 2003; Marsella, 2003; Marsella, Sartorius, Jablensky & Fenton, 1985). Somatische Symptome sind typisch für das depressive Erscheinungsbild in nichtwestlichen Kulturen (zusammenfassend siehe Thakker & Ward, 1998); Schuldgefühle, Suizidtendenzen und existentielle Beschwerden hingegen untypisch, da durch die kollektivistisch-soziozentrische Identität depressive Störungen eher in somatischen und interpersonalen Bereichen erlebt werden (zusammenfassend siehe Marsella, 2003; Marsella, 1987; Teja, Narang & Aggarwal, 1971; Bazzoui, 1970; Rao, 1966). Solche Muster finden sich in Afghanistan, Irak, Indien, Indonesien, Japan, Nigeria, auf den Philippinen, Taiwan, China, Saudi Arabien (Racy, 1970) und Afrika (German, 1972). Da Patienten der nichtwestlichen Welt tendenziell die Schuld auf andere Personen oder Gott projizieren, wird sie dort oft nicht diagnostiziert (El-Islam, 1969). In asiatischen Kulturen ist der Verlust persönlicher Kontrolle für Depressionen weniger bedeutsam, da sich Asiaten stärker unter die Familie ordnen und persönliche Kontrolle eher geringschätzen (Sastry & Ross, 1998). In westlichen Kulturen hingegen versteht man Depression als Defizit der eigenen Bestimmung und sucht die Verantwortung beim Individuum (Marsella, 2003, 1987). Depressionen treten häufiger in aggressionsgehemmten Kulturen auf (zusammenfassend siehe Marsella et al., 1985) sowie in Entwicklungsländern, in denen Veränderungsprozesse wie Urbanisierung, Modernisierung und Akkulturation zur krankheitsförderlicher Unterbrechung sozialer Bindungen, Reduktion traditioneller Autoritäten und Arbeitsteilung führen (Bebbington, 1993).

#### **1.2.3.4 Kulturelle Besonderheiten koronarer Herzerkrankungen**

Länderspezifische Mortalitätsraten bezüglich koronarer Herzerkrankungen können auf unterschiedliche Ernährungsmuster zurückgeführt werden. Dabei korrelieren Tier- und Milchprodukte positiv, Verzehr von Gemüse negativ mit der Mortalität (Menotti, Kromhout, Blackburn, Fidanza, Buzina & Nissinen, 1999). Bei Tschechen, die im Vergleich zu Deutschen und Israelis häufiger rauchten, einen höheren Blutdruck und höhere Konzentrationen an Fibrinogen sowie weniger antioxidative Vitamine aufwiesen, lag die höchste Mortalitätsrate für koronare Herzerkrankungen vor (Bobak et al., 1999). Schwarze Amerikaner haben in diesem Kontext in jüngerem Alter (65-80 Jahre) eine höhere, in höherem Alter (>80 Jahre) eine niedrigere Mortalitätsrate als weiße Amerikaner (Corti et al., 1999). Beim Vergleich der Risikoprofile wiesen Deutsche im Vergleich zu Japanern und Chinesen höhere Werte im Blutdruck, Körpergewicht, Serum-Cholesterin und in Triglyzeriden auf sowie niedrigere HDL- Werte (Stehle et al., 1991). Japanische Patienten mit koronarer Herzerkrankung hatten bedeutsam weniger koronare Risikofaktoren, koronare Stenosen, vorhergehende Herzinfarkte und eine niedrigere Mortalitätsrate als Personen aus westlichen Populationen (Shimokawa et al., 1988). Japanische Amerikaner passten sich mit zunehmender Akkulturation immer stärker hinsichtlich ihrer Prävalenz für koronare Herzerkrankungen an die Muster der westlichen Kultur an, d.h. die traditionellsten japanischen Amerikaner hatten die niedrigsten Prävalenzraten und ähnelten damit am stärksten ihrem Heimatland (Marmot & Syme, 1976). Bei 11.119 Patienten aus 52 Ländern aus Asien, Europa, dem mittleren Osten, Afrika, Australien, Nord- und Südamerika mit einem ersten Herzinfarkt kamen Stress bei der Arbeit oder zuhause, finanzielle Probleme und kritische Lebensereignisse kulturunabhängig häufiger vor als bei Gesunden (Rosengren et al., 2004).

#### **1.2.3.5 Besonderheiten der Symptomausgestaltung bei Personen türkischer Herkunft**

Türkische Migranten sind meist stark auf ihren Körper fixiert (Myriam & Van Mofaert, 1998), erfahren ihr Leid primär leibhaft ganzheitlich (Berg, 1998) und neigen dazu, die Umwelt als verändert wahrzunehmen. Magische Interpretationen wie Vorstellungen von Flüchen, Schadenszauber und böser Blick sind Konkreti-

sierungen des Erlebnisses gestörter zwischenmenschlicher Beziehungen, die von der Kultur her einfühlbar und situationsgemäß sein können.

Türkische Patienten mit koronaren Herzerkrankungen haben niedrige Cholesterin- Werte und HDL- C- Werte als Patienten anderer Herkunft (Onat, 2001; Razum, Akgün & Tezcan, 2000; Onat, Dursunoglu & Sansoy, 1997; Mahley et al., 1995). Trotzdem ist die altersstandardisierte Mortalitätsrate für koronare Herzerkrankungen in der Türkei eine der höchsten im europäischen Vergleich (Onat, 2001). Sie beträgt bei Männern 4,3/1000 und bei Frauen 4/1000 (Onat et al., 1997). Dies hängt vermutlich mit einer hohen Prävalenz von Risikofaktoren wie Bewegungsmangel, Rauchen und Übergewicht zusammen, die Bluthochdruck und Diabetes begünstigen (Onat, 2001). Türken weisen auch hohe Triglyzerid-Spiegel, und niedrige Prävalenzen des e2-Allels des Apolipoproteins auf, welches mit einem niedrigem Gesamt- Cholesterol- Spiegel und einem niedrigen LDL- C- Spiegel assoziiert ist (Mahley et al., 1995). Bereits türkische männliche Jugendliche haben zu 21% Übergewicht, weibliche zu 17,5 %. Die Ernährung ist durch eine hohe Zufuhr von Fetten, gesättigten Fettsäuren und Cholesterin charakterisiert, sowie einem geringem Konsum ungesättigter Fettsäuren, Vitamin E, B6, Folate, Gemüse und Obst (Baş, Altan, Dinçer, Aran, Gülper Kaya & Yükses, 2005). Türkische Diabetes-Patienten hatten einer Studie zufolge trotz geringeren Cholesterin- und HDL-Spiegel das gleiche Risiko für koronare Herzerkrankungen wie niederländische Patienten, da sie ein ähnliches Verhältnis zwischen gesamtem Cholesterin und HDL- Cholesterin aufweisen (Uitewaal, Goudswaard, Ubink-Veltmaat, Bruijnzeels, Hoes, & Thomas, 2004). Beim Vergleich türkischer Migrantinnen mit schwedischen einheimischen Frauen ergaben sich bei ersteren höhere BMI-Werte, höhere Triglyzerid- Werte, niedrigere HDL- C- Spiegel und ein stärkerer Bewegungsmangel (Daryani, Berglund, Andersson, Kocturk, Becker & Vessby, 2005). Auch Gadd, Sundquist, Johansson und Wändell (2005) bestätigen höhere Prävalenzen wichtiger Risikofaktoren bei Migrantengruppen als bei schwedischen Einheimischen. Trotz der stärkeren Ausprägung bestimmter Risikofaktoren bei Minoritätengruppen scheint die Mortalitätsrate nicht größer zu sein als bei Einheimischen (Hamaad, Ghattas, Hirani, Lip, & MacFadyen, 2006). Bei in Deutschland lebenden türkischen Migranten kommt die Dyslipoproteinämie als Risikofaktor am häufigsten vor. Die

Gesamt- Cholesterin- Spiegel sind vergleichbar mit denen anderer westlicher Länder und markant höher als diejenigen, die für die türkische Population berichtet werden. Bei den meisten türkischen Migranten konnten niedrige HDL-C-Spiegel und Apolipoprotein A-I-Spiegel gefunden werden (Porsch-Oezcuernemez et al., 1999). Vermutlich passen sich die Lipidmuster türkischer Migranten in Deutschland an die Muster der Einheimischen an (Porsch-Oezcuernemez et al., 1999).

Türkische Schizophrene scheinen ambivalenter, euphorischer, depersonalisierter, sprach- und gedankenärmer zu sein als amerikanische Schizophrene (Çetinkök, Chu & Park, 1990). Die Untreue der Ehefrau als sexuelles Wahnthema kommt bei Personen türkischer Herkunft häufiger vor, Größenideen bei Deutschen (Haasen, Yagdiran, Mass & Krausz, 2001). Bei längerem Aufenthalt in Deutschland gleichen sich die Wahnthemen an die deutschen Verhältnisse an (Blanke, 1995). Bei Verfolgungsthemen glauben Deutsche eher, dass ihnen selbst etwas geschehe, während Türken ihre Angehörigen in Gefahr sehen. Türkische schizophrene Patienten leiden außerdem stärker unter Schwierigkeiten im abstrakten Denken, reduzierter Spontaneität und Konversation, Schuldgefühlen, reduzierter Impulskontrolle sowie körperlichen Symptomen als deutsche Patienten (Haasen et al., 2001).

Bei depressiven Arbeitsmigranten treten gehäuft Dämmerzustände, elementare Erregung, Stupor, blinde Aggression und Selbstaggression auf (Pfeiffer, 1996). Auch eine Tendenz zur Somatisierung (Ritsner, Ponizovsky, Kurs & Modai 2000; Myriam & Van Moffaert, 1998) und zur Chronifizierung von Krankheiten, wenig systematische Introspektion, magisches Denken sowie gesteigertes Misstrauen gegenüber Institutionen im Aufnahmeland kommen oft vor (Garcia, 1994). Im Rahmen depressiver Erkrankungen somatisieren türkische Patienten stärker als depressive Briten (Uluşahin, Başoğlu & Paykel, 1994) und depressive Deutsche (Diefenbacher & Heim, 1994). Sie beschäftigen sich signifikant stärker mit ihren körperlichen Symptomen und sind hypochondrischer, weisen aber nicht mehr somatische Symptome auf als Deutsche (Ebert & Martus, 1994). Obwohl über die Hälfte befragter türkischer in Dänemark lebender Frauen Stress somatisierten,

drückten sie ihre unangenehmen Gefühle auch über Sorgen, Nostalgie und Schuldgefühle aus (Mirdal, 1985). Viele türkische Patienten schätzen das Berichten somatischer Symptome bei der Hilfesuche im Gesundheitssystem als angemessener ein als das Berichten psychischer Symptome. Goldberg und Bridges (1985; 1988; zitiert nach Simon et al., 1999) sprechen in diesem Zusammenhang von der sogenannten fakultativen Somatisierung, die für den Patienten ein Ticket für die Aufnahme in die Klinik bedeutet. In der ländlichen Türkei hat das Somatisieren oftmals den Charakter eines Appells an die Umgebung. Der Kranke muss zeigen, dass er krank ist, damit er von den anderen als krank akzeptiert wird und diese seine Aufgaben übernehmen (siehe Ostermann, 1990). Bei Migranten ist die körperliche Gesundheit ein zentrales Konzept im Gesundheitsverständnis, da ihre Existenz stark vom körperlichen Funktionieren am Arbeitsplatz abhängig ist. Schlechte Arbeitsbedingungen können in diesem Kontext zur Entstehung chronischer somatischer Symptome beitragen (Myriam & Van Moffaert, 1998).

#### **1.2.4 Stressverarbeitung**

Die Krankheitsrelevanz des Kontruktes „Stressverarbeitung“ gilt als bestätigt (siehe 1.2.4.4). Es existieren fast keine Studien zu interkulturellen Unterschiede in der Stressverarbeitung (siehe 1.2.4.5) und zu Besonderheiten derselben bei Personen türkischer Herkunft (siehe 1.2.4.6).

##### **1.2.4.1 Funktionen und Strategien der Stressverarbeitung**

Stressverarbeitung umfasst Regulationsvorgänge, die auf emotionaler, kognitiver, somatischer oder verhaltensbezogener Ebene ablaufen können (Erdmann & Janke, 2005). Durch Stressbewältigung kommt es zur Reduktion schädlicher Umweltbedingungen, Anpassung an negative Ereignisse, Aufrechterhaltung eines positiven Selbstbildes, eines emotionalen Gleichgewichtes und zufriedenstellender Beziehungen mit der Umwelt (Zeidner & Saklofske, 1996). Stressverarbeitung kann grob in adaptive und maladaptive Stressbewältigung eingeteilt werden. Erdmann und Janke (2005) unterscheiden differenzierter aktionale, intrapsychische, somatische und komplexe Verarbeitungsweisen (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Klassifikation von Stressverarbeitungsstrategien

Art der Stressverarbeitung	Zugehörige Verarbeitungsstrategien
Adaptive Stressverarbeitung	flexibles Repertoire und die kombinierte Benutzung verschiedener Stressverarbeitungs- Strategien (zusammenfassend siehe Zeidner & Saklofske, 1996). Optimismus, Selbstwirksamkeit, positive Selbstinstruktion (Erdmann & Janke, 2005)
Maladaptive Stressverarbeitung	Gedankliche Weiterbeschäftigung, Erleben negativer Emotionen etc. (Erdmann & Janke, 2005)
Aktional	Informationssuche, Problemlösen, Angriffsverhalten, Fluchtverhalten, Vermeidungsverhalten, ablenkende Handlungen, Hyperaktivität, Inaktivität, Drogen- oder Medikamenteneinnahme (Erdmann & Janke, 2005)
Intrapsychisch	Verdrängung, Leugnung, Abwehr oder Sensibilisierung, Planung, Umbewertung, Selbstinstruktion, Selbstwirksamkeit, Optimismus, gedankliche Weiterbeschäftigung oder negative/ positive Emotionen. (Erdmann & Janke, 2005)
Somatisch	Zentral- oder vegetativnervöse, peripherenervöse, muskuläre, endo- oder neuroendokrine, neurochemische, - immunologische Regulationssvorgänge (Erdmann & Janke, 2005)
Komplex	Kohärenzerleben, Resilienz (Erdmann & Janke, 2005)

#### 1.2.4.2 Stressverarbeitungs-Modell nach Lazarus und Folkman (1984)

Lazarus und Folkman (1984) postulieren in ihrem transaktionalen Stressverarbeitungsmodell, dass in einem **"primary appraisal"** bewertet wird, ob ein Ereignis irrelevant, positiv oder potentiell belastend/ stressbezogen ist. Stressbezogene Reize können entweder als Schädigung/ Verlust, als Bedrohung oder als Herausforderung eingeschätzt werden. Beim **"secondary appraisal"**, welches zeitgleich mit dem Primary appraisal interagiert, bewertet die Person dann die ihr zur Verfügung stehenden Ressourcen. Die Ressourcen umfassen alle körperlichen, intellektuellen, sozialen und materiellen Ressourcen, die dazu dienen können, die Umweltaforderungen zu bewältigen. Ein subjektiv wahrgenommenes Ungleichgewicht zwischen Anforderungen und den zur Verfügung stehenden Bewältigungsmöglichkeiten führt zu Stress (Lazarus & Folkman, 1984). Lazarus und Launier (1978) unterscheiden problembezogene und emotionsorientierte Bewältigungsstrategien. Problembezogene Bewältigung umfasst verhaltensorientierte Aktivitäten, die die Funktion haben, zur Lösung des Problems beizutragen. Emotionsbezogene Bewältigung bezieht sich hingegen auf Strategien, die durch die Regulation von Emotionen die Belastungssymptome lindern. Die Wahl der Bewältigungsstrategien hängt von vier wesentlichen Einflussfaktoren ab: dem Grad der Ungewissheit oder Mehrdeutigkeit (z.B. nicht wissen, wann sich eine schädliche Konfrontation ergeben wird), dem Grad der bewerteten Bedrohung, dem Vor-



liegen eines Konfliktes und dem Grad der Hilflosigkeit bzw. die Wahrnehmung von Kontrolle (Lazarus und Launier,1978). Situationale und personale Faktoren beeinflussen die Bewertungsprozesse. Dabei umfassen situationale Faktoren u.a. den Grad der Neuheit der Situation, die Vorhersagbarkeit einer Situation sowie die Ambiguität einer Situation. Als personale Faktoren werden vor allem allgemeine und situationsspezifische Erwartungen und Überzeugungen bezüglich persönlicher Kontrollierbarkeit betont. Nach der Stressbewältigung erfolgt das sogenannte **"reappraisal"**, bei dem das Stressverarbeitungs- Ergebnis bewertet wird. Diese Neubewertung ermöglicht es, Erfahrungen zu sammeln, die bei einem wiederholten Auftreten des Reizes berücksichtigt werden. Der Stressprozess wird dadurch dynamisch (zusammenfassend siehe Lazarus & Folkman, 1984, siehe Abbildung 2).

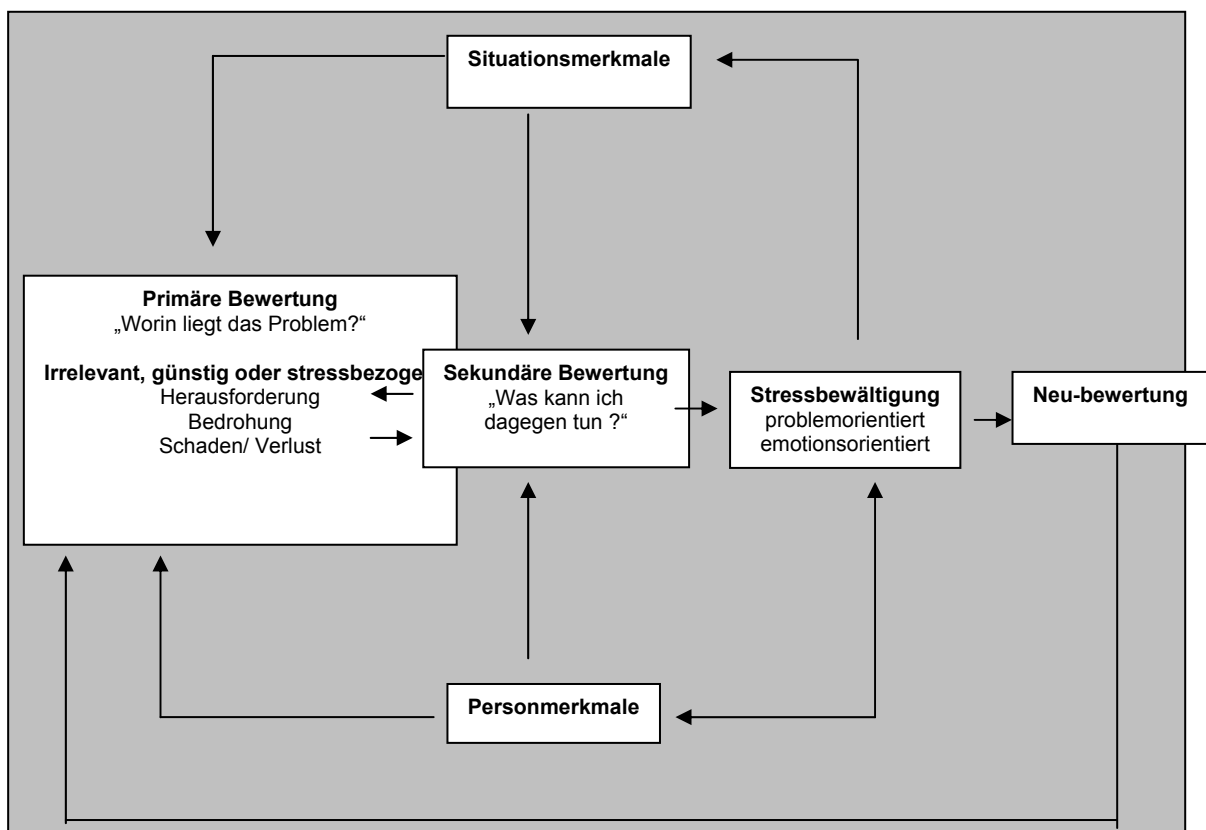


Abbildung 2: Stressmodell nach Lazarus & Folkman (1984)

#### **1.2.4.3 Soziodemographische, persönlichkeitsbezogene und diagnosespezifische Korrelate**

Viele Studien belegen Zusammenhänge der Stressverarbeitung mit Geschlecht (Erdmann & Janke, 2005; Vingerhoets & Van Heck, 1990; Diaz- Guerrero & Peck, 1967, zitiert nach Marsella & Dash-Scheuer, 1988), Alter (Erdmann & Janke, 2005; Diaz- Guerrero & Peck, 1967; zitiert nach Marsella & Dash-Scheuer, 1988) und Persönlichkeitsfaktoren (Erdmann & Janke, 2005; van Heck & Vingerhoets, 1989). Psychisch Kranke verarbeiten Stress anders als Gesunde (Haltenhof, Krakow, Zöfel, Ulm & Bühler, 2000; Murphy, Dickens, Creed & Bernstein, 1999; Zeidner & Saklofske, 1996; Vingerhoets & Menges, 1989; Billings & Moos, 1984).

#### **1.2.4.4 Krankheitsrelevanz der Stressverarbeitung**

Die Krankheitsrelevanz der Stressverarbeitung zeigt sich in der positiven Wirkung adaptiver problemfokussierter Stressbewältigung auf krankheitsbezogene Parameter, während emotionsfokussierte passive Stressverarbeitung krankheitsförderlich ist (Lazarus & Folkman, 1984; Zeidner & Saklofske, 1996). So begünstigte Selbstbeschuldigung einen schlechteren Verlauf depressiver Störungen, Affektreduktion (Parker, Brown & Blignault, 1986) und problemorientierte Stressverarbeitung einen guten Verlauf und bessere Behandlungsergebnisse (Billings & Moos, 1984). Bei türkischen Jugendlichen konnte ein positiver Zusammenhang zwischen emotionsfokussierter Stressverarbeitung und depressiven Symptomen gefunden werden (Oğul & Gençöz, 2003). Auch Vermeidungsstrategien stellen einen Risikofaktor für Depressionen und Behandlungsmisserfolge dar (Evers,

Kraaimaat, Geenen, Jacobs, & Bijlsma, 2003; Cronkite & Moos, 1995; Krantz & Moos, 1988; Billings & Moos, 1984), unter anderem vermittelt über kritische Lebensereignisse (Holahan, Moos, Holahan, Brennan & Schutte, 2005). Sich stärker ablenkende und weniger grübelnde depressive Patienten haben eine höhere subjektive Lebensqualität als Personen mit entgegengesetzter Ausprägung auf den beiden Strategien (Kuehner & Buerger, 2005); solche mit starker familiärer und arbeitsbezogener Unterstützung gingen effektiver mit Stress um als Personen mit mangelhafter Unterstützung (Schroder, 2004). Patienten mit bipolaren affektiven Störungen wiesen mehr Rückfälle bei maladaptiven Stressverarbeitungsstrategien auf (Lam, Wong & Sham, 2001). Bei Herzinfarkt-Patienten wirkte ein repressiver Stressverarbeitungs-Stil stresspuffernd (Ginzburg, Solomon & Bleich, 2002). Die Beziehungen zwischen Stressverarbeitung und Krankheits-Indizes sind eher multidirektional als linear (Lazarus & Folkman, 1984; Zeidner & Saklofske, 1996). Wenn sich eine stressige Situation entwickelt, gibt es ein kontinuierliches Zusammenspiel zwischen Bewertung, Stressverarbeitung, emotionalen und somatischen Reaktionen. Eine spezielle Stressverarbeitungs-Strategie kann auf unterschiedlichen Stufen des stressigen Ereignisses mehr oder weniger effektiv sein (Zeidner & Saklofske, 1996).

#### **1.2.4.5 Kulturelle Besonderheiten der Stressverarbeitung**

Einige Studien indizieren kulturelle Unterschiede der Stressverarbeitung (McCarty, Weisz, Wanitromanee, Eastman, Suwanlert, Chaiyasit & Band, 1999; Watson & Sinha, 1998; Chovan & Chovan, 1985; Lee & Newton, 1981). So konnte herausgefunden werden, dass Anglo- Amerikaner bei Krankheit weniger soziale Unterstützung suchen als japanische Amerikaner (Murukami, 1983; zitiert nach Marsella & Dash-Scheuer, 1988), während europäische Amerikaner mehr Unterstützung als Asiaten und asiatische Amerikaner suchen (Taylor, Sherman, Kim, Jarcho, Takagi und Dunagan, 2004). Da die japanische Kultur die Unterdrückung persönlicher Gefühle sowie eine starke Ausdauer bei Problemen wertschätzt, vermeiden Japaner familiäre Probleme stärker als Anglo-Amerikaner (Murukami, 1983; zitiert nach Marsella & Dash-Scheuer, 1988). Mit Problemen überforderte Indonesier geben sich oftmals geduldig ihrem Schicksal hin (Utoyo-Lubis, 1984,

zitiert nach Marsella & Dash-Scheuer, 1988). O'Connor und Shimizu (2002) fanden bei japanischen Studenten häufiger Flucht-, Vermeidungs- und positive Umbewertungs- Strategien als bei britischen Studenten. Trauernde Asiaten und Amerikaner reagieren weniger mit konfrontativer Stressverarbeitung und positivem Umbewerten als Personen mit multiethnischem Hintergrund (Vandervoort, 2001). Bei auditorischen Halluzinationen benutzen schizophrene Patienten aus Saudi-Arabien signifikant häufiger religiöse Strategien wie Beten, Koran lesen oder Anhören religiöser Kassetten, während Briten hauptsächlich Sport treiben oder sich entspannen (Wahass & Kent, 1997).

#### **1.2.4.6 Hinweise auf Besonderheiten der Stressverarbeitung bei Personen türkischer Herkunft**

Es existieren lediglich drei inhaltlich sehr unterschiedliche Studien zur Stressverarbeitung bei Personen türkischer Herkunft. In einer der Untersuchungen zeigten türkische auszubildende Jugendliche in Deutschland signifikant häufiger emotionsorientierte Bewältigungspräferenzen und weniger problembezogene Stressverarbeitung als deutsche Jugendliche. Dies wurde auf schwächere externe Ressourcen, eine erhöhte Vulnerabilität und Ängstlichkeit aufgrund verschiedener Migrationsbelastungen zurückgeführt (Jerusalem & Schwarzer, 1989). Türkische Patienten einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik in Deutschland verharmlosten und bagatellisierten ihre psychische Erkrankung eher, während deutsche Patienten häufiger mit emotionalem Rückzug und gedanklicher Weiterbeschäftigung reagierten (Rodewig, 2000). In einer weiteren Studie bagatellisierten türkische Krebspatienten ihre Krankheit neben Strategien wie Herunterspielen und Ablenken stark (zusammenfassend Wesselmann, 2002).

#### **1.2.5 Persönlichkeit**

Persönlichkeitsfaktoren spielen eine bedeutsame Rolle für die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten, insbesondere der Neurotizismus (siehe 1.2.5.3). Mögliche kulturelle Einflussfaktoren auf die Persönlichkeit werden diskutiert (siehe 1.2.5.4).

### **1.2.5.1 Definition und Theorien der Persönlichkeit**

Persönlichkeit ist ein bei jedem Menschen einzigartiges, relativ überdauerndes und stabiles Verhaltenskorrelat (Herrmann; 1976; zitiert nach Amelang & Bartussek, 1997). Eysenck (1953, zitiert nach Amelang & Bartussek, 1997) beschreibt Persönlichkeit als die mehr oder weniger feste und überdauernde Organisation des Charakters, des Temperaments, des Intellekts und der Physis eines Menschen. Ähnlich definiert Guilford (1974; zitiert nach Amelang & Bartussek, 1997) die Persönlichkeit eines Individuums als seine einzigartige Struktur von Persönlichkeitszügen oder Traits. Ein Trait ist jeder abstrahierbare und relativ konstante Persönlichkeitszug. Pawlik (1973; zitiert nach Amelang und Bartussek, 1997) versteht unter Persönlichkeit die Gesamtheit reliabler inter- und intraindividuelle Unterschiede im Verhalten, sowie deren Ursachen und Wirkungen. Es existieren typologische, faktorenanalytische, biopsychologisch begründete, emotionspsychologische, verhaltenstheoretische und kognitive Theorien der Persönlichkeit (zusammenfassend siehe Amelang und Bartussek, 1997). Eine der bekanntesten auf Faktorenanalysen beruhenden Theorien ist das Big- Five- Modell (Goldberg, 1981; McCrae & Costa, 1987), demzufolge Persönlichkeit aus 5 Faktoren besteht: Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Erfahrung, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit (zusammenfassend siehe Amelang & Bartussek, 1997).

### **1.2.5.2 Soziodemographische und diagnoseabhängige Korrelate**

Persönlichkeit ist in allen Kulturen alters- und geschlechtsabhängig (McCrae, 2001; Costa, Terracciano & McCrae, 2001) sowie diagnosespezifisch (Friedman & Booth-Kewley, 1987), z.B. bei Personen mit kardiologischen Erkrankungen (Bonaguidi, Michelassi, Trivella, Carpeggiani & L'Abbate, 1997; Kumar, Kanwal, Vyas & Singh, 1988; Bakker, 1967) und bei psychisch Erkrankten (Wang, Cao, Zhu, Gu, Liu & Wang, 2002; Furukawa, Hori, Yoshida, Tsuji, Nakanishi & Hamanaka, 1998; Bagby et al., 1997; Uluşahin & Uluğ, 1997; Solomon et al., 1996; Bagby et al., 1996; Heerlein, Santander & Richter, 1996).

### **1.2.5.3 Krankheitsrelevanz von Persönlichkeitsfaktoren**

Viele Studien belegen die Bedeutsamkeit der Persönlichkeit für die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten. So verdoppeln beispielsweise Typ- A- Verhaltensmuster, die durch Ungeduld, Feindseligkeit und Konkurrenzdenken charakte-

risiert sind, das Risiko für die Entstehung koronarer Herzerkrankungen (zusammenfassend siehe Appels, 1996). Depressivität führt sogar zu einer fünfmal höheren Mortalitätsrate bei Herzinfarktpatienten (Chesney, 1996), ein Typ-D-Persönlichkeitsprofil (starke negative Affektivität und Emotionsunterdrückung in sozialen Interaktionen) erhöht ebenfalls die Mortalitätsrate (Denollet, 1997). Hohe Ängstlichkeit ist wiederum prädiktiv für das Auftreten von Komplikationen nach einem Herzinfarkt (Moser & Dracup, 1996). Die Vulnerabilität für viele Erkrankungen wird durch Neurotizismus und die damit verwandte negative Affektivität erhöht (zusammenfassend siehe Kohlmann, 2003; zusammenfassend siehe Denollet, 1997). Hohe Neurotizismus-Werte sind u. a. mit schlechten Krankheitsverläufen depressiver (Duggan et al., 1990; zitiert nach Heerlein, Richter, Gonzalez & Santander, 1998; Scott, Williams, Brittlebank & Ferrier, 1995) und bipolarer Störungen assoziiert (Lozano & Johnson, 2001). Sie prädizieren die Verstärkung depressiver Symptome bei dysthymen Patienten (Hayden & Klein, 2001), korrelieren signifikant positiv mit der Länge der depressiven Episode (Scott et al., 1995), und bei türkischen Depressiven mit der Stärke der Depression (Uluşahin und Uluğ, 1997). Neurotizismus ist außerdem mit einer reduzierten subjektiven Lebensqualität bei HIV-Infektion (Burgess, Carretero, Elkington, Pasqual-Marsettin, Lobaccaro & Catalán, 2000) und rheumatoider Arthritis assoziiert (Chou & Brauer, 2005). Rigidität und Extraversion hingegen sagen gute Behandlungsergebnisse bei unipolar Depressiven vorher (Heerlein et al., 1998).

#### **1.2.5.4 Kulturelle Besonderheiten der Persönlichkeit**

Interkulturelle Studien bestätigen die Universalität der Fünf-Faktoren-Struktur der Persönlichkeit (zusammenfassend siehe McCrae, 2001) bei Deutschen, Portugiesen, Israelis, Chinesen, Koreanern (McCrae & Costa, 1997), Philippinern, Franzosen (McCrae, Costa, Pilar, Rolland & Parker, 1998), Niederländern, Deutschen, Chinesen, Japanern (John, 1990, zitiert nach Marsella, Dubanoski, Hamada & Morse, 2000); in Kanada, Finnland, Polen, Deutschland (Costa, McCrae & Jónsson, 2002) und in Island (Paunonen, Jackson, Trzebinski & Forsterling, 1992). Bei Mittelwertsvergleichen wichtiger Persönlichkeitsfaktoren scheint es mehr Variation innerhalb einer Kultur als zwischen unterschiedlichen Kulturen zu geben (McCrae, 2001; Allik & McCrae, 2004). Die Standardabweichungen der

Persönlichkeitsfaktormittelwerte sind hingegen kulturgeprägter, was sich z. B. darin zeigt, dass sie in asiatischen und schwarzafrikanischen Kulturen systematisch niedriger liegen als in europäischen Kulturen (McCrae, 2002). Zusammenhänge zwischen den Kulturdimensionen nach Hofstede (1997 a,b) und den Big-Five- Persönlichkeitsfaktoren deuten ebenfalls auf die kulturelle Prägung der Persönlichkeit hin. Neurotizismus korreliert dabei am stärksten mit Unsicherheitsvermeidung (Hofstede & McCrae, 2004) und in 37 Ländern positiv mit Alkoholisismus, Selbstmordberichten und nationaler Ängstlichkeit (Lynn & Martin, 1995). Arabische Nationen sind im Durchschnitt neurotischer als westliche Nationen, was auf politische, soziale und ökonomische Instabilität, Inflationen, Kriege und Militäreinsätze zurückgeführt werden kann. Ökonomisch fortschrittliche demokratische Nationen sind hingegen extravertierter und weniger psychotisch als unterentwickelte Länder oder Entwicklungsländer (siehe Lynn, 1981). Stärkere Extraversion und Offenheit zeigt sich in europäischen und amerikanischen Kulturen im Vergleich zu asiatischen und afrikanischen (Allik & McCrae, 2004), höhere Neurotizismus- Werte in asiatischen und europäischen Ländern im Vergleich zu afrikanischen und amerikanischen (McCrae, 2002). Hinweise auf interkulturelle Unterschiede in der Persönlichkeit liefert auch eine Studie, bei der philippinische Studenten verletzlicher, weniger gesprächig, weniger aus sich herausgehend und weniger emotional waren als amerikanische Studenten (Huang, Church & Katigbak, 1997).

#### **1.2.5.5 Besonderheiten der Persönlichkeit bei Personen türkischer Herkunft**

Auch bei Personen türkischer Herkunft konnte die Fünf-Faktoren-Struktur der Persönlichkeit bestätigt werden (Somer & Goldberg, 1999; Gülgöz, 2002). Es existieren jedoch lediglich zwei interkulturelle Vergleichstudien. Im Vergleich zu Personen deutscher Herkunft zeigten sich bei Personen türkischer Herkunft tendenziell niedrigere Werte auf Neurotizismus, Offenheit für neue Erfahrungen sowie Verträglichkeit und höhere Werte auf Extraversion und Gewissenhaftigkeit (McCrae, 2002). Im Vergleich zu amerikanischen Frauen (Gülgöz, 2002) zeigten türkische Frauen im NEO-Persönlichkeits-Inventar NEO-PI-R niedrigere Werte auf Ängstlichkeit, Vertrauen, Entgegenkommen, Bescheidenheit und Gutherzigkeit. Weiterhin wiesen sie höhere Werte auf Geselligkeit, Durchsetzungsfähigkeit, Erlebnishunger Ästhetik, Handlungen und sämtlichen Skalen der Gewissenhaf-

tigkeit auf. Türkische Männer waren im Vergleich zu amerikanischen Männern ebenfalls gewissenhafter, geselliger und hatten geringere Ausprägungen auf Subskalen der Verträglichkeit wie z.B. Vertrauen, Entgegenkommen und Bescheidenheit. Ungebildete und analphabetische Türken wiesen jedoch Probleme bei der feinen Unterscheidung mit dem 5-stufigen Antwortformat auf (Gülgöz, 2002).

### **1.2.6 Kritische Lebensereignisse**

Die Live- Event Forschung beschäftigt sich mit Zusammenhängen zwischen belastenden psychosozialen Ereignissen, wie z. B. Scheidung, Heirat, Umzug, Krankheit oder Tod nahestehender Personen und dem Entstehen körperlicher und/ oder psychischer Störungen. Im Mittelpunkt des Interesses stehen die Folgen der Veränderung in der psychosozialen Situation des Menschen (von Vossel, 1989).

#### **1.2.6.1 Definition und Klassifikation kritischer Lebensereignisse**

Kritische Lebensereignisse können als raumzeitliche, punktuelle Verdichtung eines Geschehensablaufs (Zeitraum, Ereignis) innerhalb und außerhalb einer Person definiert werden, die zu einer für die Person belastenden Störung der Person-Umwelt-Passung führt (Filipp, 1981). Sie lassen sich nach ihrer Spezifität vs. Unspezifität und der Art ihres Belastungsgehaltes (normativ vs. individuell) einteilen. Bei der individuellen Vorgehensweise schätzen die betroffenen Personen den Belastungsgrad aufgetretener Ereignisse ein, bei der normativen Vorgehensweise werden die von einer Eichstichprobe erhaltenen Gewichtungen auf andere Personen übertragen. Die unspezifische Definition bezieht sich auf die jeweiligen Ereignisse, während bei spezifischen Definitionen kritische Lebensereignisse über bestimmte negative Merkmale, wie z.B. dem Bedrohungsgrad oder dem Grad der Verwirrung und Bestürzung durch das Ereignis definiert werden (zusammenfassend siehe von Vossel, 1989).

#### **1.2.6.2 Krankheitsrelevanz kritischer Lebensereignisse**

Kritischen Lebensereignissen wird in Stress- Vulnerabilitäts- Modellen psychiatrischer Störungen eine initiierende Rolle bei der Krankheitsentstehung zugeschrieben. Man geht davon aus, dass eine angeborene Prädisposition unter



stressigen Umweltbedingungen zum Ausdruck kommt. Individuelle Unterschiede bezüglich der Vulnerabilität erklären, weshalb trotz Erfahrung ernster kritischer Lebensereignisse nicht alle Menschen gleichermaßen erkranken (Turpin & Lader 1986; Becker, 1986). In vielen Studien wurden negative Effekte kritischer Lebensereignisse auf die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten bestätigt (Andrews, Tennant, Hewson & Vaillant, 1978). So wirken sich kritische Lebensereignisse bei Fibromyalgie-Patienten negativ auf Behandlungsergebnisse aus (Wigers, 1996). Sie tragen zu einer höheren Rate an Herz-Kreislauf-erkrankungen bei (Saner, 2005), sind für die Entstehung und das Wiederauftreten schizophrener Psychosen bedeutsam (Begiç, 1991), gelten über die Interaktion mit genetischen Faktoren als Mitauslöser oder Verstärker depressiver Störungen (Maier, 2004) und beeinflussen den Verlauf depressiver Erkrankungen negativ (Paykel, 2003; Reck, Backenstraß, Kronmüller, Sommer, Fiedler & Mundt, 1999). Die Anzahl kritischer Lebensereignisse ist positiv mit der Schwere einer Depression assoziiert (Zlotnick, Shea, Pilkonis, Elkin & Ryan, 1996); bei türkischen Frauen (Boyacıoğlu & Karancı, 1992) und bei türkischen Patienten mit bipolaren Störungen korreliert sie mit dem Auftreten suizidaler Symptome (Özer, Uluşahin, Batur, Kabakçı & Saka, 2002). Insbesondere Verlusterlebnisse können zu psychischen Beeinträchtigungen, erhöhten Mortalitätsraten und erhöhten adrenokortikalen Aktivitäten führen (Biondi & Picardi, 1996). Fehlende Effekte akuter kritischer Lebensereignisse auf die psychische Gesundheit könnten ein Indikator für das Vorhandensein moderierender Faktoren sein (Franz, Schellberg & Schepank, 1993), wie z.B. der sozialen Unterstützung (Monroe & Steiner, 1986). Aber auch Persönlichkeitsfaktoren kommen als Moderatoren in Frage. So fanden Gençöz und Dinç (2006) eine Moderation der Beziehung zwischen leistungsbezogenen kritischen Lebensereignissen und depressiven Symptomen durch Perfektionismus bei türkischen Jugendlichen.

### **1.2.7 Soziale Unterstützung**

Soziale Unterstützung kann als Resilienzfaktor Einflüsse kritischer Lebensereignisse puffern (siehe 1.2.7.2). Einige Studien liefern Hinweise auf eine kulturelle Beeinflussung sozialer Unterstützung (siehe 1.2.7.3).

### 1.2.7.1 Definition und Klassifikation sozialer Unterstützung

Soziale Unterstützung kann unterschiedlich definiert werden (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6: Definitionen des Konzeptes "soziale Unterstützung" (zusammenfassend siehe Turner, 1983)

Definition	Quelle
Unterstützung, die einem Individuum über soziale Verbindungen zu Individuen, Gruppen und Gesellschaften zugänglich ist	Lin, Simeone, Ensel & Kuo, 1979
Zugang und Verwendung von Individuen, Gruppen oder Organisationen beim Umgang mit dem Auf und Ab im Leben	Pearlin, Lieberman, Menaghan & Mullan, 1981
Ausmaß, in dem Individuen Zugang zu sozialen Ressourcen in Form tragbarer Beziehungen haben	Johnson & Sarason, 1979
Bindungen zwischen Individuen oder zwischen Individuen und Gruppen, die dazu dienen, die adaptive Kompetenz im Umgang mit Anforderungen, Stress und Entbehren zu erhöhen	Caplan, 1974
Wahrgenommene soziale Unterstützung umfasst Informationen, die die Person glauben lassen, dass sie versorgt, geliebt, geschätzt wird und zu einem Kommunikations-Netzwerk und gegenseitiger Verpflichtung gehört.	Cobb, 1976

Ein gemeinsames Merkmal verschiedener Taxonomien der sozialen Unterstützung ist die Unterscheidung zwischen emotionaler, wahrgenommener Unterstützung einerseits und tatsächlicher, verfügbarer Unterstützung andererseits (zusammenfassend siehe Turner, 1983). House (1981 & House et al., 1988) entwickelte aus den unterschiedlichen Taxonomien 4 breite Kategorien: die **emotionale, instrumentelle, informationale und selbstwertrelevante Unterstützung**. Die emotionale Unterstützung als wichtigste Form involviert Empathie, Liebe und Vertrauen, die instrumentelle umfasst Verhaltensweisen, die der Person direkt helfen und durch informationale Unterstützung bekommt die Person wichtige Informationen zur Problemlösung. Die selbstwertrelevante Unterstützung bezieht sich auf die Verfügbarkeit selbstbewertungsrelevanter Informationen.

### 1.2.7.2 Krankheitsrelevanz sozialer Unterstützung

Soziale Unterstützung kann Ursache, Konsequenz, Korrelat einer Störung sein oder moderierend als Stresspuffer wirken (Monroe & Steiner, 1986). Das Puffer-Modell gilt bei Operationalisierung über wahrgenommene soziale Unterstützung als empirisch bestätigt (Fernandez, Mutran & Reitzs, 1998; Lepore, Evans & Schneider, 1991; Cohen & Wills, 1985) das Haupteffektmodell bei Verwendung objektiver Indikatoren (zusammenfassend siehe Cohen & Wills, 1985). Viele Studien berichten einen direkten und indirekten Einfluss sozialer Unterstützung auf

die Progression kardiovaskulärer Erkrankungen (Störk, 2002; Berkman & Orth-Gomér, 1996; Ort-Gomér, Rosengren & Wilhelmsen, 1993) und die Entwicklung kardiovaskulärer Reaktivität (zusammenfassend siehe Berkman & Orth-Gomér, 1996; Gerin, Milner, Chawla & Pickering, 1995; Fontana, Kerns, Rosenberg & Colonese, 1989). So korreliert soziale Unterstützung mit niedrigen Raten koronarer Herzerkrankungen wie z.B. essentieller Hypertonie und Myokardinfarkten (Turner, 1983; Berkman & Orth-Gomér, 1996). Rauchen und mangelnde soziale Unterstützung stellten sich als wichtigste Risikofaktoren für das Auftreten eines Herzinfarktes heraus (Berkman & Orth-Gomér, 1996). Soziale Unterstützung zeigte bei Patienten mit kardiologischen Erkrankungen einen direkten Effekt auf die depressive Symptomatik und einen indirekten Effekt über Annäherungs-Stressverarbeitung (Holahan, Moos, Holahan & Brennan, 1995). Eine inverse Beziehung zwischen der Größe des sozialen Netzwerkes und dem Beginn und Verlauf depressiver Störungen (zusammenfassend siehe Wildes, Harkness & Simons, 2002) sowie zwischen sozialer Unterstützung und der Schwere einer Depression gilt als bestätigt (Zlotnick et al., 1996; Johnson, Meyer, Winett & Small, 2000; Lara, Leader & Klein, 1997). Depressive Patienten berichten weniger soziale Unterstützung als Gesunde und die Verfügbarkeit sozialer Ressourcen hat direkte Effekte auf ihre Funktionsfähigkeit (Billings & Moos, 1984). Selbst in Abwesenheit kritischer Lebensereignisse ist die Anzahl sozialer Beziehungen mit einem besseren Verlauf von Depressionen assoziiert (Wildes et al., 2002). Familiäre und außerfamiliäre soziale Ressourcen tragen dabei zur Reduktion von Depressionen bei (Moos, Cronkite & Moos, 1998), während mangelnde soziale Unterstützung Rückfälle (Belsher & Costello, 1988) und eine reduzierte Genesungswahrscheinlichkeit begünstigt (Bosworth, Hays, George & Steffens, 2002; Ezquiaga, García, Pallarés & Bravo, 1999; Lara, Leader & Klein, 1997; Brugha, Bebbington, MacCarthy, Sturt, Wykes & Potter, 1990; Krantz & Moos, 1988). Auch die subjektive Lebensqualität Depressiver lässt sich durch soziale Unterstützung positiv beeinflussen (Kuehner & Bueger, 2005). Bei türkischen Studenten führte mangelnde soziale Unterstützung durch Familie und Freunde zu einem erhöhten Suizidrisiko (Eskin, 1995), bei depressiven türkischen Frauen war mangelnde soziale Unterstützung durch den Ehemann ein signifikanter Prädiktor ihrer Symptomatik (Boyacioglu & Karanci, 1992) und bei in den Niederlanden lebenden türkischen Migranten ein Risikofaktor für die Entstehung psychischer Störungen.

gen (Bengi-Arslan, Verhulst & Crijnen, 2002). Hoffnungslosigkeit bei türkischen Krebspatienten reduziert sich mit zunehmender sozialer Unterstützung (Tan & Karabulutlu, 2005) und Türken mit chronisch-obstruktiven Lungenentzündungen sind depressiver, je weniger sie sozial unterstützt werden (Kara & Mirici, 2004). Soziale Unterstützung scheint dementsprechend auch bei Personen türkischer Herkunft eine krankheitsrelevante protektive Wirkung zu haben.

### **1.2.7.3 Kulturelle Besonderheiten der sozialen Unterstützung**

Es existieren nur wenige Studien, die kulturelle Einflüsse auf die soziale Unterstützung analysieren (zusammenfassend siehe Dressler, Balieiro & Dos Santos, 1997). In einer dieser Untersuchungen korrelierte das in Mexiko bedeutsame System der Ko- Elternschaft (compadrazgo) stärker mit einem niedrigen Blutdruck als die Unterstützung durch Verwandte, Freunde oder Nachbarn. Die kulturelle Unangemessenheit der Unterstützungssuche außerhalb der Familie führte bei jungen Frauen zu hohem Blutdruck (Dressler, Mata, Chavez, Viteri & Gallagher, 1986). Israelische Ehemänner von an Brustkrebs erkrankten Frauen fühlten sich stärker durch die Ehefrau, Freunde und die Familie unterstützt als chinesische Ehemänner (Kadmon, Woloski-Wruble, Yongqin, Wan-Min & DeKeyser, 2004). Venkatraman (1995) hingegen konnte keine interkulturellen Unterschiede bezüglich des Einflusses emotionaler sozialer Unterstützung auf das subjektive Wohlbefinden beim Vergleich von Nordamerikanern und Indern finden.

### **1.2.8 Behandlungsmotivation**

Die Krankheitsrelevanz der Behandlungsmotivation zeigt sich in ihrer positiven Wirkung auf Compliance, die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und Behandlungsergebnisse (siehe 1.2.8.2).

#### **1.2.8.1 Determinanten der Behandlungsmotivation**

Viele Definitionen des Konstruktes „Behandlungsmotivation“ überschneiden sich. Ein vorhandener Leidensdruck, der Wunsch nach Veränderung und ein Wunsch nach Hilfe scheinen dabei die wichtigsten Determinanten der Behandlungsmotivation zu sein (siehe Tabelle 7).

Forschungsbefunde indizieren, dass Psychotherapiemotivation durch Leidensdruck, Persönlichkeit und Diagnose beeinflusst wird. So geht z. B. eine starke psychische und sozialkommunikative psychogene Beeinträchtigung und eine hohe Offenheit im Freiburger Persönlichkeitsinventar mit einer starken Behandlungsmotivation einher (Franz, Schiessl, Manz, Fellhauer, Schepank & Tress, 1990). Unabhängig von der Symptomschwere (Salminen, Lehtinen, Jokinen, Jokinen & Talvitie, 1980) findet sich bei Patienten mit somatoformen Störungen und dissoziativen Störungen eine besonders niedrige Psychotherapie-Motivation (Schneider & Klauer, 2001). Mangelnde Motivation bei akut-psychiatrischen Patienten geht mit hoher Fremdgefährdung, starkem Substanzmissbrauch, starkem Misstrauen und Größenwahn, geringer Angst und geringem globalen Funktionsniveau einher (Mulder, Koopmans & Hengeveld, 2005). Die Hoffnung, durch Psychotherapie eine Verbesserung zu erlangen, ist besonders unter dem Vorliegen eines starken Leidensdruckes ein wichtiger langfristig wirksamer Prädiktor für die Inanspruchnahme einer Psychotherapie, und unabhängig von Geschlecht, Alter, Vorerfahrung mit Psychotherapie und psychischer Symptomatik (Schweickhardt, Leta & Bauer, 2005).

Tabelle 7: Determinanten des Konstruktes „Behandlungsmotivation“

Determinanten	Quelle
Leidensdruck eines Patienten führt zu Aktivitäten in Richtung auf eine positive Veränderung. Als Gegengewicht zur Therapiemotivation wirkt der sekundäre Krankheitsgewinn.	Freud (siehe Nübling, 1992)
Ein Mensch ist dann gut motiviert, wenn er auch gegen den Wunsch seiner Familie oder Angehöriger einen starken Wunsch nach einer Therapie ausdrückt, bereit ist, Opfer für die Behandlung zu bringen, und einen eigenen Anteil an seinen Problemen erkannt hat.	Siegel & Fink (1962; siehe Nübling, 1992)
Relevante Faktoren der Psychotherapiemotivation: das Ausmaß des erlebten Leidens, die zum Leidensdruck gehörenden Bedürfnisquellen, das Realitätsbewusstsein, die bewusste Bereitschaft, eine Therapie beginnen zu wollen, Selbsterfahrung, soziale Faktoren, frühere Erfahrungen mit einer Therapie, religiöse Einstellungen, Familienstand und soziale Schicht	Silverman (1964; siehe Nübling, 1992)
Motivationale Kriterien: Psychologisches Problembewusstsein, Ehrlichkeit und Echtheit, aktive Teilnahme, Neugier und Wille, sich selbst verstehen zu wollen, Veränderungswille, realistische Ziele sowie die Bereitschaft, für eine Behandlung auch Opfer zu bringen	Sifneos (1968, zitiert nach Nübling, 1992)
Wunsch, Hilfe zu bekommen, die Behandlung fortzusetzen, Veränderungswünsche und die Möglichkeit, sich zu verändern.	Appelbaum (1972, siehe Nübling 1992)
Wunsch nach Veränderung und nach Hilfe. Der Wunsch nach Veränderung ist abhängig vom Leidensdruck, der Krankheitseinsicht, dem Ausmaß des sekundären Krankheitsgewinns, der Stärke der subjektiv erlebten Angst und Depression sowie dem Vorhandensein positiver Lebensperspektiven. Der Wunsch nach Hilfe hingegen bezieht sich auf die Erwartungen an die Rolle des Helfers und damit der Art, in der die Hilfe erbracht werden soll sowie auf die Erwartungsvorstellungen, die der Patient von seiner eigenen Rolle innerhalb der Therapie hat.	Graupe (1984, siehe Nübling 1992)

Signifikante Normabweichung, die mit Leidensdruck, Hilfewunsch und Änderungswunsch einhergeht, die Erkenntnis, dass es sich um ein psychisches Problem handeln muss und das Aushalten- Können der Therapie	Mempel (siehe Nübling, 1992)
Bedingungen der Psychotherapiemotivation: Leidensdruck, Krankheitsgewinn, Laienätiologie, Erwartungen der Patienten an die Therapie und die Einstellungen bzw. Erfahrungen gegenüber Psychotherapie	Schneider, Basler & Beisenherz, 1989)
Erwartungen bzgl. des Behandlungsergebnisses, das Problemerkennen, wahrgenommene Angemessenheit der Behandlung, Zufriedenheit mit der Behandlungsmethode, die Übereinstimmung mit den Behandlungszielen, therapeutischen Beziehung, die wahrgenommenen Kosten der Behandlung, externer Druck und kritische Lebensereignisse	Drieschner, Lammers & van der Staak, 2004).

### 1.2.8.2 Krankheitsrelevanz der Behandlungsmotivation

Der Einfluss der Behandlungsmotivation auf den Verlauf von Krankheiten und die Effektivität einer Behandlung gilt als bestätigt. Beispielsweise wirkten sich bei Patienten mit affektiven Störungen, Angst- und Zwangsstörungen, somatoformen Störungen, Persönlichkeitsstörungen oder Essstörungen eine psychosoziale Laienätiologie und eine ausgeprägte Offenheit für Psychotherapie förderlich auf den Verlauf einer stationär- psychodynamisch orientierten Gruppenpsychotherapie aus (Schneider, Klauer, Janssen & Tetzlaff, 1999). Patienten mit psychosozialer Laienätiologie, psychotherapeutisch hohen Behandlungserwartungen und einer Offenheit für Psychotherapie zeigten günstigere Therapieeffekte bezüglich interpersoneller Symptome (Schneider et al., 1999; Schneider & Klauer, 2001). Bei Patienten mit Zwangsstörungen erwies sich eine niedrige Behandlungsmotivation als Prädiktor für schlechte Behandlungsergebnisse im Hinblick auf zwanghafte Befürchtungen (Keijsers, Hoogduin & Schaap, 1994), bei Patienten mit chronischem Schmerzsyndrom als Prädiktor für schlechte Behandlungsergebnisse (Bentall, Powell, Nye & Edwards, 2002). Eine hohe Behandlungsmotivation bei Suchterkrankten wirkte sich positiv auf die Teilnahme an Therapiesitzungen aus, die wiederum zu niedrigem Substanzmissbrauch und zur Aufrechterhaltung der Therapie beitrug (Simpson & Joe, 2004). Auch alkoholsüchtige Patienten mit hoher Behandlungsmotivation zeigen nach der Behandlung eine bessere Prognose als Patienten mit geringer Behandlungsmotivation (Lemke & Moos, 2002). Eine hohe Behandlungsmotivation scheint dementsprechend prognosegünstig und behandlungsförderlich zu sein.

### 1.2.9 Rentenwünsche

Rentenwünsche wirken sich vermutlich auf den Verlauf von Krankheiten aus (siehe 1.2.9.3) und sollten deshalb als krankheitsrelevanter Faktor Berücksichtigung finden.

#### 1.2.9.1 Entstehung von Rentenverhalten

Rentenverhalten entwickelt sich über einen längeren Zeitraum und lässt sich in drei Phasen einteilen. In der **Desorientierungsphase** zweifeln Patienten erfahrungsabhängig an ihrer Konkurrenz- und Leistungsfähigkeit und stellen ihre beruflichen Ziele in Frage. Insbesondere Patienten mit Somatisierungstendenz machen sich zum ersten Mal Gedanken über mögliche Berentungen. In der **Ambivalenzphase** sehen sie die Berentung zunehmend als einzige Lösung. Behandlungsmisserfolge und negative Erfahrungen auf dem Arbeitsmarkt werden zu Argumenten für die Berentung. Das Familiensystem ändert sich und der Prozess der sozialen Regression mit Abgabe von Verantwortung, Verlust von Anerkennung, Rückbildung von genussbetonten Lebensbereichen, Verringerung von Sozialkontakten und bevorzugter Beziehungsaufnahme über Krankheit setzt ein. In der **Schlussphase** sind die Patienten von ihrer eigenen Invalidität überzeugt, in die eigene Rehabilitation wird keine Energie investiert, sondern nur noch in den Wunsch nach Berentung. Behandlungen haben in der Regel kurzfristige oder gar keine Wirkung und innerhalb der Familie bekommt der Patient die Rentnerposition zugewiesen. Die soziale Regression ist abgeschlossen und der Rentenanspruch wird gestellt (Plassmann & Schepank, 1998).

#### 1.2.9.2 Determinanten von Rentenwünschen

(Früh)renten-Antragsteller unterscheiden sich von Nicht-Antragstellern. So befanden sich unter den Frührentenzugängen 2000 der LVA Sachsen-Anhalt ohne Rehabilitation überproportional viele Personen mit eher un stetigen, unterbrochenen Erwerbsverläufen, die in den Jahren vor der Frühberentung seltener als andere an medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen teilnahmen (Dreyer- Tümmel, Langer, Zimmermann & Behrens, 2004). Unter Frührentnern mit Störungen des Bewegungsapparates findet man signifikant mehr Migranten und Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status (Edén, Ejlertsson, Lamberger, Leden, Nordbeck & Sundgren, 1994). Als signifikante Prädiktoren des Erhaltens einer

Berufsunfähigkeitsrente erwiesen sich weiterhin vorhergehende Hospitalisierungen und Operationen, Koliken, Dyspnoe, ein selbstberichteter schlechter Gesundheitszustand im vergangenen Jahr, Arbeitslosigkeit, Krankmeldungen, eine geringe Aktivität in der Freizeit, eine selbstberichtete schlechte körperliche Verfassung und Rauchen (Biering-Sørensen et al., 1999). Frührentner leiden bereits vor ihrer Berentung stark an Kurzatmigkeit, Atemwegsbeschwerden, Beeinträchtigungen der körperlichen Leistungsfähigkeit und/ oder Beschwerden des Stütz- und Bewegungsapparates (Biefang, Gerdes, Hoeltz & Potthoff, 1990). Finnische depressive Männer gingen im Durchschnitt eineinhalb Jahre früher in Renten als nicht-depressive Männer (Karpansalo, Kauhanen, Lakka, Manninen, Kaplan & Salonen, 2005). Ein hohes Lebensalter, Komorbidität und ein niedriger Selbstwert waren bei Patienten mit erstmalig auftretender Major Depression mit Bewilligung einer Berentung innerhalb der folgenden 3 Monate assoziiert (Sorvaniemi, Helenius & Salokangas, 2003). Rentenantragsteller mit psychosomatischen Störungen wiesen mehr körperliche Beschwerden, Schmerzen und längere Arbeitsunfähigkeitszeiten auf als psychosomatische Patienten ohne Rentenantragstellung. Sie nahmen darüber hinaus häufiger Schmerz- und Schlafmittel ein (Huber, 2000). Ihre Gesundheit negativ bewertende Personen gehen beim Vorliegen psychischer Störungen, muskuloskeletaler Störungen und kardiovaskulärer Erkrankungen eher in Frührente als Personen, die ihre Gesundheit positiver bewerten (Karpansalo, Manninen, Kauhanen, Lakka & Salonen, 2004).

### **1.2.9.3 Krankheitsrelevanz von Rentenwünschen**

Einige Studien indizieren eine behandlungshinderliche Wirkung von Rentenwünschen. So fanden Rasmussen und Andersen (2005) einen Zusammenhang zwischen dem Wunsch nach Frührente und schlechten Behandlungsergebnissen im Rahmen von Rehabilitationsprogrammen. Schmerzpatienten, die einen Rentenantrag gestellt hatten, zeigten nach einer sechsmonatigen Schmerzbehandlung signifikant geringere Schmerzreduktionen, ein niedrigeres psychisches Wohlbefinden und ein niedrigeres soziales Funktionsniveau als bereits berentete Patienten und Nicht-Antragsteller (Becker, Højsted, Sjøgren und Eriksen, 1998).



### **1.2.10 Migration**

Die spezifische Situation türkischer Migranten in Deutschland wird durch Belastungen mitbedingt, die direkt oder indirekt mit der Migration als Prozess zusammenhängen. Diese Belastungen können die Entstehung von Krankheiten, den Krankheitsverlauf und die Effektivität von Behandlungen beeinflussen.

#### **1.2.10.1 Definition und Phasen- Modell der Migration von Sluzki ( 2001)**

Migration impliziert den Wechsel von einer Kultur oder Gesellschaft zur anderen und erfordert von den Betroffenen einen lebenslangen Lernprozess, der oftmals durch vielfältigste Überforderungssituationen gekennzeichnet ist wie Verlusterlebnisse, rechtliche Unsicherheit, Diskriminierungserfahrungen, unsichere Zukunftsaussichten oder Sprachprobleme. Migration bedeutet oft eine Familie auseinander zu brechen, geliebte Menschen zurückzulassen, zu akzeptieren, eine Minderheit zu sein, ein neues Leben zu beginnen, Anpassung und Integration, Entwicklung neuer Sprachfähigkeiten, neue Freunde finden zu müssen, neue Werte anzunehmen und eine neue Beschäftigung einzugehen (Loncarevic, 2001). Migration involviert eine Erfahrung des "ausgebettet werden" aus einer alten Umgebung, einen zeitlichen und räumlichen Bruch, mit dem Ziel stufenweise in eine neue Umgebung eingebettet zu werden. Migrationsstress entsteht durch diesen Übergang, den Bruch mit dem familiären Kontext und den Versuch einer Verbindung mit dem neuen Kontext (Fişek, 2001). Auf der individuellen Ebene ist Migration vor allem ein im Kern psychisch vermittelter Prozess des sich Anpassens, bei dem der psychische Haushalt und die Gesamtheit der affektiven Valenzen, das persönliche Beziehungsgefüge und die Interaktion mit der eigenen Umwelt neu strukturiert werden. Es kommt zeitgleich zu einer Veränderung der aus der Herkunftsgesellschaft importierten Machtverhältnisse- meistens zugunsten von Frauen und Jugendlichen (Waldhoff, 1995; zitiert nach Machleidt, 2004). Migration kann als life event (Faltermaier, 2001), Dauer- Stressor, Trauma (Hoffmann-Richter, 2002) oder biographischer Bruch gedeutet werden (Faltermaier, 2001). Es wird umfangreiche Beziehungsarbeit in einem noch unbekanntem Milieu mit oft noch unzureichenden Kompetenzen notwendig. Mit einem Wechsel des kulturellen, ethnischen und gesellschaftlichen Zusammenhangs fallen zudem bisher selbstverständliche Normen, Orientierungen und Handlungskompetenzen weg oder werden entwertet. Die in eine neue Kultur eingewanderte Person muss

sich deshalb neu definieren und eine geeignete soziale Rolle finden (zusammenfassend siehe Faltermaier, 2001). Die über längere Zeiträume erlebten Belastungen können die Chronifizierung von Leiden begünstigen (Machleidt, 2004).

Sluzki (2001) teilt den Migrationsprozess in unterschiedliche Phasen ein (siehe Abbildung 3).

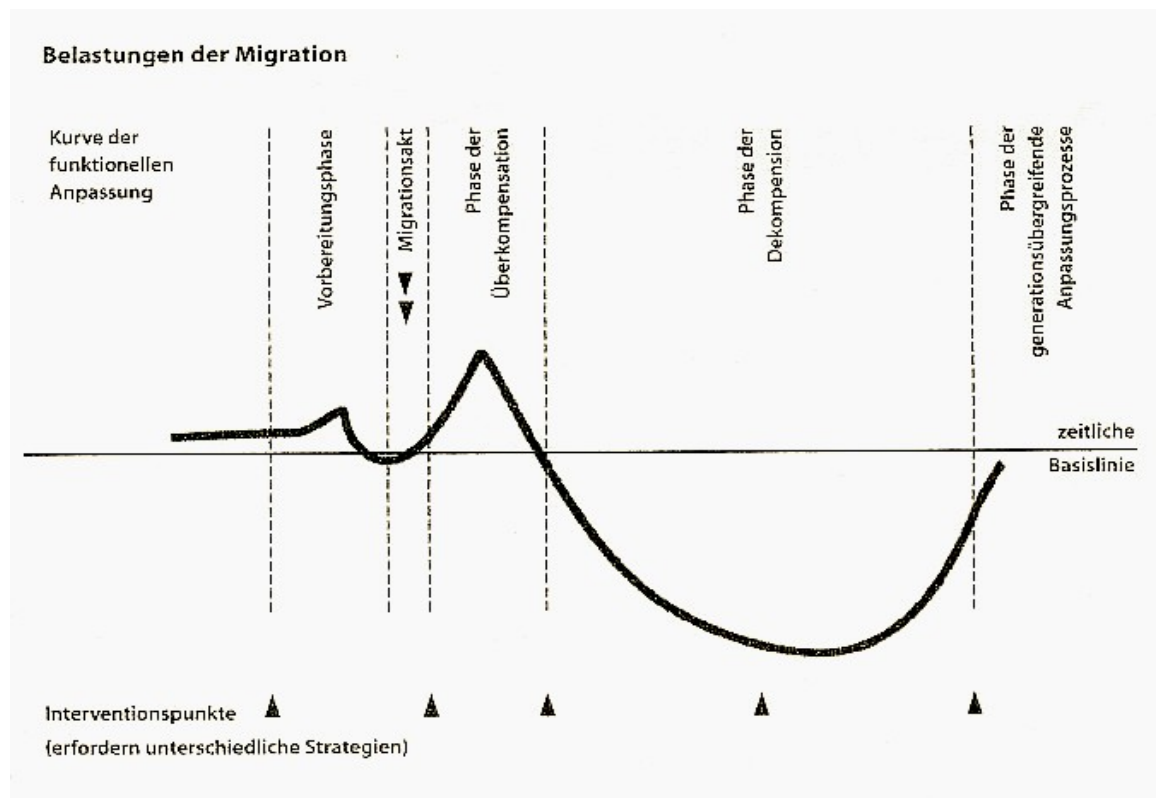


Abbildung 3: Phasen-Modell der Migration von Sluzki (2001, S. 103).

In der **Vorbereitungsphase** beschäftigt man sich z.B. über den Austausch von Briefen oder die Beantragung von Visa mit der Auswanderung. Es gibt erste Höhen und Tiefen, die sich in kurzen freudigen Euphorien, aber auch in kurzen Episoden von Angst, Enttäuschung und Überlastung äußern können. Symptome

können als Folge der Anstrengungen, Spannungen und Emotionen erklärt werden.

Der **Migrationsakt** ist ein transitorischer Prozess, für den keine überlieferten Rituale vorgesehen sind. Länge, Ablauf und Stil des Migrationsaktes können beträchtlich variieren.

In den ersten Wochen nach Ankunft im Gastland - in der **Phase der Überkompensierung** - kann ein Höchstmaß an Anpassungsfähigkeit beobachtet werden, welches mit einer Aufteilung von Rollen einhergeht. Die Erfüllung der Basisbedürfnisse ist oberste Priorität. Kommen in dieser Phase extreme Belastungen zusammen oder sind die Stressverarbeitungs- Fähigkeiten der Familie schlecht entwickelt, können massive Krisen auftreten. In den meisten Fällen etablieren Familien jedoch über Monate einen relativ gut funktionierenden Anpassungs- und Akkulturationsprozess. Eine Bewältigungsstrategie, die in dieser Phase oft gewählt wird, ist der Mythos der baldigen Rückkehr in die eigene Heimat. Familien hängen dann stark an den Normen und Werten des Heimatlandes und weigern sich, sich auf die neue Welt einzulassen.

**Die Phase der Dekompensation** ist durch Konflikte und Symptome charakterisiert. Die Gestaltung einer neuen Realität und die Aufrechterhaltung der Kontinuität und Anpassungsfähigkeit der Familie sind Hauptaufgaben. In der Heimat bewährte Familienregeln können sich im neuen Land als wenig hilfreich herausstellen. Die Familien müssen sich deshalb meistens auf das Ändern von Regeln einigen. Viele familiären Muster werden jedoch zum Preis einer großen Entfremdung zur Umgebung aufrechterhalten. Innerfamiliäre Konflikte können durch Idealisierung oder Verleugnung der Heimat entstehen, die über generationsübergreifende Koalitionsbildung in heftige Krisen mit medizinischen und psychiatrischen Symptomen münden können.

**In der Phase der generationsübergreifenden Anpassungsprozesse** kommt es zu Generationskonflikten, besonders dann, wenn eine neue Generation im Aufnahmeland aufwächst. Die Konflikte zwischen Eltern und Kindern beziehen sich auf Werte, Normen und Haltungen. In vielen Fällen verlaufen diese Konflikte eher auf einer interkulturellen als auf einer interfamiliären Ebene in Form delinquenten Verhaltens (Sluzki, 2001).

### **1.2.10.2 Ursachen der Emigration türkischer Bürger nach Deutschland**

Bei der Migration türkischer Bürger nach Deutschland kann man Asylmigration, Familienmigration und Arbeitsmigration unterscheiden. Die Arbeitsmigration fand über Anwerbung von Arbeitskräften zwischen 1961 und 1973 statt (Thalheimer, 2003). Ab 1973 dominierte das Motiv "Familiennachzug" in Form der sogenannten Sekundäreinwanderung. Ab Ende der 80er Jahre kamen Spätaussiedler nach Deutschland und heute ist Deutschland Hauptziel für kurdische Asylsuchende aus der Türkei (Thalheimer, 2003; zusammenfassend siehe David, 2001). Hauptgrund für die intensive Arbeitsmigration zwischen 1961 und 1973 war ein hoher Bevölkerungszuwachs in der Türkei. In den Anfangsjahren handelte es sich oft um die Verlängerung einer Binnenmigration vom Dorf in die Stadt oder von Ost nach West, die der Emigration vorgeschaltet war (Tufan, 1998). Erst ab 1970 wuchs der Anteil der Migranten, die direkt aus anatolischen Gebieten nach Deutschland einwanderten (Tufan, 1998; zitiert nach David, 2001). Die hohe Arbeitslosigkeit bei fehlender Arbeitslosen- und Sozialversicherung, eine Landflucht aufgrund struktureller Veränderungen sowie geringe Beschäftigungschancen in der Stadt aufgrund niedriger Bildung und Qualifikation trugen bedeutsam zur arbeitsbedingten Emigration bei. Arbeitsmigranten waren zum größten Teil junge Männer ohne besondere berufliche Qualifikation. Die Asylmigration aus der Türkei ist hingegen vor allem auf die ethnische und religiöse Verfolgung von Kurden, Christen und Yeziden, auf schlechte wirtschaftliche Verhältnisse, Furcht vor Drittverfolgung und Wünschen nach besserer medizinischer Versorgung zurückzuführen, während der Familiennachzug als Folge der Arbeits- und Asylmigration angesehen werden kann. Von den knapp 2,5 Millionen türkischstämmigen Einwohnern Deutschlands sind rund 470.000 eingebürgert. Ein Viertel von ihnen sind Gastarbeiter, 17% der Erwachsenen und 28% aller türkisch-stämmigen Einwohner sind hier geboren; 53% wanderten im Zuge der Familienzusammenführung ein (Thalheimer, 2003).

### **1.2.10.3 Migrationsbedingte Belastungen bei türkischen Migranten in Deutschland**

Grundsätzlich darf bei der Diskussion migrationsassoziierter Belastungen türkischer Migranten in Deutschland der individualspezifische Ansatz nicht außer Acht gelassen werden. Ruhkopf, Zimmermann und Bartels (1993) unterscheiden drei

Typen türkischer Migranten. Interindividuelle Unterschiede des kulturellen Vorwissens, der Sprachkenntnisse, der Kontakte mit Einheimischen, des Bildungsniveaus, des soziökonomischen Status, des Ausmaßes an Akkulturation und der Verfügbarkeit effektiver Stressverarbeitungsstrategien könnten erklären, weshalb nicht alle türkischen Migranten in gleicher Weise unter migrationsassoziierten Belastungen leiden. Durch die Migration kommt es fast immer zum Auflösen von Familienverbänden, dem Verlust an Umgebung, Orientierung, Ritualen, Normen und Werten (Schouler-Ocak, 2003; Günay & Haag, 1990). Eine migrationsbelastete Kindheit kann durch längere Trennungen von den Eltern, Tod eines Elternteils, einem phasenhaften Mangel an Geborgenheit in der Herkunftsfamilie und dem Zwang zur frühen Übernahme von Verantwortung charakterisiert sein (Schmelling-Kludas, Boll-Klatt & Fröschlin, 2002). Eine oftmals mangelhafte Schulbildung oder ein fehlender Schulbesuch im Herkunftsland führt zu schlechter Qualifikation für Schule und Beruf (Schouler-Ocak, 2003; Mirdal, 1984). Türken verlieren durch die Migration nach Deutschland in der Regel den sozialen Status, den sie in der Türkei hatten (Zeiler, 1997; Mirdal, 1984). Viele haben schmutzigere oder gesundheitsgefährdendere Jobs (Mirdal, 1984), wechseln den Arbeitsplatz häufig, werden eher entlassen (Glier et al., 2001) oder sind häufiger arbeitslos als Deutsche (Schouler-Ocak, 2003; Mirdal, 1984). An die Arbeitsbewilligung geknüpfte Bleiberechte, ungewohnte Arbeitsrhythmen, schlechte Ernährung am Arbeitsplatz, niedrige Entlohnung, mangelnde Information über Rechte und Pflichten, fehlende Anerkennung ausländischer Diplome und Berufsabschlüsse, Zulassungsbeschränkungen auf dem Arbeitsmarkt und eine Dreifachbelastung für Frauen (Haushalt, Erziehung, Beruf) erschweren die Arbeitssituation darüber hinaus (Loncarevic, 2001; Mirdal, 1984). Folgen davon sind schlechte Wohnverhältnisse (Zeiler, 1997; Glier et al., 2001), eine geringe Anteilnahme an gesellschaftlichen Ereignissen, eine schlechte gesundheitliche Versorgung (Schouler-Ocak, 2003), ein Verlust der Tagesstruktur und Armut (Schouler-Ocak, 2003; Mirdal, 1984). So haben Migranten im Vergleich zur deutschen Bevölkerung ein doppelt so hohes Risiko, in Armut zu gelangen und ein dreifach erhöhtes Risiko, in Armut zu verbleiben (siehe Eberding & von Schlippe, 2001; Collatz, 1998). Aufenthaltsrechtliche und arbeitsrechtliche Belastungen, die eine Zukunftsplanung fast unmöglich machen, verschärfen die schlechte soziale Lage (Schouler-Ocak, 2003). Eine mangelnde Beherrschung der deutschen Sprache

bei vielen Türken führt zu Verständigungsproblemen mit der Mehrheitsgesellschaft (Glier et al., 2001). Kulturelle Unterschiede in den sozialen Rollenvorstellungen bedingen Unklarheiten bezüglich sozialer Regeln und Erwartungen im Aufnahmeland (Mirdal, 1984). Durch die Migration bedingte Veränderungen der Geschlechterrollen innerhalb türkischer Familien (Mirdal, 1984) und Veränderungen sozialer Rollen (Günay & Haag, 1990) werden als entfremdend erlebt, wenn keine Bewältigungskompetenzen vorhanden sind (Mirdal, 1984). Schwere Auseinandersetzungen in der Ehe und belastende Probleme mit den Kindern, wie z.B. Schulprobleme, Arbeitslosigkeit, Verlassen des Elternhauses oder Abweichen von Normen, treten häufig auf (Schmelling-Kludas et al., 2002). Erschwert wird die Situation türkischer Migranten darüber hinaus durch Erlebnisse der Bevormundung, Ablehnung und fehlender Wertschätzung der Mehrheitsgesellschaft, die zu Diskriminierungserfahrungen beitragen und Versagens- und Insuffizienzgefühle (Schouler-Ocak, 2003) sowie soziale Isolation fördern (Schouler-Ocak, 2003; Günay & Haag, 1990).

#### **1.2.10.4 Krankheitsrelevanz von Migrationsprozessen**

Viele Studien postulieren einen Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit (zusammenfassend siehe Bhugra, 2004). Einer Meta-Analyse von Cantor-Graae und Selten (2005) zufolge haben Migranten der ersten und zweiten Generation im Durchschnitt ein fast dreifach erhöhtes Schizophrenie-Erkrankungsrisiko, wobei das Risiko der ersten Generation nur halb so hoch ist wie das der zweiten Generation. In der internationalen Forschung zeigt sich seit Jahren, dass die Gesundheit von Migranten stärker und anders beeinträchtigt ist als diejenige der einheimischen Bevölkerung. Zwar sind Migranten nicht per se kränker als Nicht-Migranten, aber ihre Lebensumstände vor, während und nach der Migration erweisen sich in vielen Fällen als krank machend. Eine Vielzahl der Gesundheitsprobleme von Migranten beinhalten neben der somatischen eine psychosoziale Komponente (Bengi-Arslan, Verhulst & Crijnen, 2002; Loncarevic, 2001). Khavarpour und Rissel (1997) berichten mehr Stress bei iranischen Migranten in Sydney als bei Einheimischen. Die krankheitsförderliche Wirkung von Ausländerfeindlichkeit (Uçar, 1990) zeigt sich in einem positiven Zusammenhang zwischen wahrgenommener Diskriminierung und psychischen Problemen.

Auch die Ursachen der Migration wie Flucht, Vertreibung, materielle Not oder Verlust von Angehörigen und Freunden wirken sich negativ auf die Gesundheit aus (Faltermaier, 2001). Arbeitslosigkeit türkischer männlicher Migranten in den Niederlanden ist ein starker Risikofaktor für das Auftreten psychischer Störungen, bei weiblichen Migranten die Doppelbelastung durch Familie und Arbeit, und für beide Geschlechter arme Wohnbedingungen, finanzielle Probleme und belastete Beziehungen zum Ehepartner (Bengi-Arslan Verhulst & Crijnen, 2002). In einer Studie von Häfner, Moschel und Özek (1977) entwickelten 25% der Türken 3 Monate nach Einwanderung eine psychische Störung, 18 Monate nach Emigration waren es bereits 33%. Dabei überwogen depressive Syndrome, die später in psychosomatische Beschwerden übergingen (Häfner et al., 1977; Beck & Hoffmann, 1977). Psychisches Leiden von Migranten folgt einem u-förmigen Verlauf und scheint vor allem in den ersten Jahren nach der Ankunft aufzutreten (zusammenfassend siehe Kirkcaldy, Wittig, Furnham, Merbach & Siefen, 2006). In einer Studie von Riecken, Wiedl und Weig (2001) gab es signifikante Zusammenhänge zwischen schlechten Deutschkenntnissen und unterschiedlichen Gesundheitsparametern bei Aussiedlern, wie z.B. einem früheren Beginn einer psychiatrischen Erkrankung nach Einreise, einer früheren stationären Behandlungsaufnahme und längeren Behandlungszeiten.

Es existieren unterschiedliche Hypothesen zum Zusammenhang zwischen der Entstehung von Krankheit und Migration. Odegaard (1932) postuliert, dass Personen mit psychopathologischen Symptomen ihre sozialen Bindungen in ihren ursprünglichen Gemeinschaften verloren haben und dies zu einer erhöhten Migrationswahrscheinlichkeit führt. Ruesch, Jacobson und Loeb (1948) führen die erhöhte Rate psychischer Krankheiten bei Migranten auf soziale Ursachen wie Armut, Sprachprobleme, Vorurteile der Mehrheitsgesellschaft sowie wenig Zugang zu Ressourcen zurück. Nach Cochrane und Bal (1987) gibt es eine Tendenz, Schizophrenie in bestimmten Kulturen falsch zu diagnostizieren. Dabei werden reaktive kurzdauernde Psychosen mit Schizophrenien verwechselt. Kulturelle Unterschiede zwischen Patienten und Psychiatern könnten darüber hinaus zu Missverständnissen führen, die Fehldiagnosen begünstigen. Bhugra (2003) erklärt sich die Entstehung depressiver Störungen bei Migranten durch Verlusterlebnisse und Gefühle der Deprivation, Zurückweisung durch Mitglieder der neuen Kultur, Rollenkonfusion, Impotenzgefühlen sowie Kulturkonflikten. Die höhere

Prävalenz sämtlicher psychischer Erkrankungen bei Migrantengruppen wird auf ein komplexes Zusammenspiel des Migrationsprozesses, des kulturellen Verlustes, der kulturellen Identität und der kulturellen Kongruität zurückgeführt (Bughra & Becker, 2005).

Widersprüchliche empirische Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit indizieren moderierende Faktoren (Bhugra, 2005, 2004), wie z.B. soziale Unterstützung, Alter, Geschlecht, Beschäftigungsstatus, Selbstwert, religiöse Rituale, Sprachkenntnisse und Akkulturation (zusammenfassend siehe Bhugra, 2004). Kirkcaldy und Mitarbeiter (2006) postulieren folgende psychosoziale Determinanten des Zusammenhangs zwischen Migration und Krankheit: wirtschaftliche und berufliche Belastungen, soziale Unterstützung, soziale Isolation und familiäre Probleme. Nach Murphy (1977; zitiert nach Berry & Sam, 1997) macht es keinen Sinn zu fragen, warum Migration krank macht, sondern es ist besser zu fragen, unter welchen Bedingungen sie die Gesundheit beeinträchtigt. Ein wesentlicher Einfluss-Faktor einer erfolgreichen Migration ist das Ausmaß und die Art der Anpassung an die neue Gesellschaft, d.h. die sog. Akkulturation.

### **1.2.11 Akkulturation**

Eine erfolgreiche Akkulturation umfasst unterschiedliche Determinanten (siehe 1.2.11.2) und spielt eine entscheidene Rolle für die Gesundheit (siehe 1.2.11.3).

#### **1.2.11.1 Definition und Modell der Akkulturation (Berry & Sam, 1997)**

Akkulturation umfasst alle Phänomene, die resultieren, wenn Gruppen mit unterschiedlichen Kulturen in direkten Kontakt miteinander treten und dadurch Veränderungen der kulturellen Muster einer oder beider Gruppen resultieren (Redfield, Linton & Herkovits, 1936; zitiert nach Berry & Sam, 1997). Die meisten Veränderungen treten in der nichtdominanten Migrantengruppe als Resultat des Einflusses der dominanten Gruppe auf (Berry, 1992). Graves (1967; zitiert nach Berry & Sam, 1997) unterscheidet kollektive gruppenbezogene und psychische Akkulturation. Durch die Akkulturation ergeben sich umgebungsbezogene, biologische, kulturelle, soziale und psychische Veränderungen (Berry, Kim, Minde & Mok, 1987), die zu Stress führen können. Akkulturativer Stress umfasst Konfusion, Angst, Depression, Entfremdungsgefühle, psychosomatische Beschwerden und Identitätskonfusion (Berry et al., 1987) als auch wahrgenommene Diskriminierung



und sozialer Druck der eigenen ethnischen Gruppe (Contrada et al., 2001). Akkulturation ist ein komplexer, facettenreicher Prozess (Arends-Todt & Van de Vijver, 2003), wie das Modell von Berry (1992; siehe Abbildung 4) zeigt.

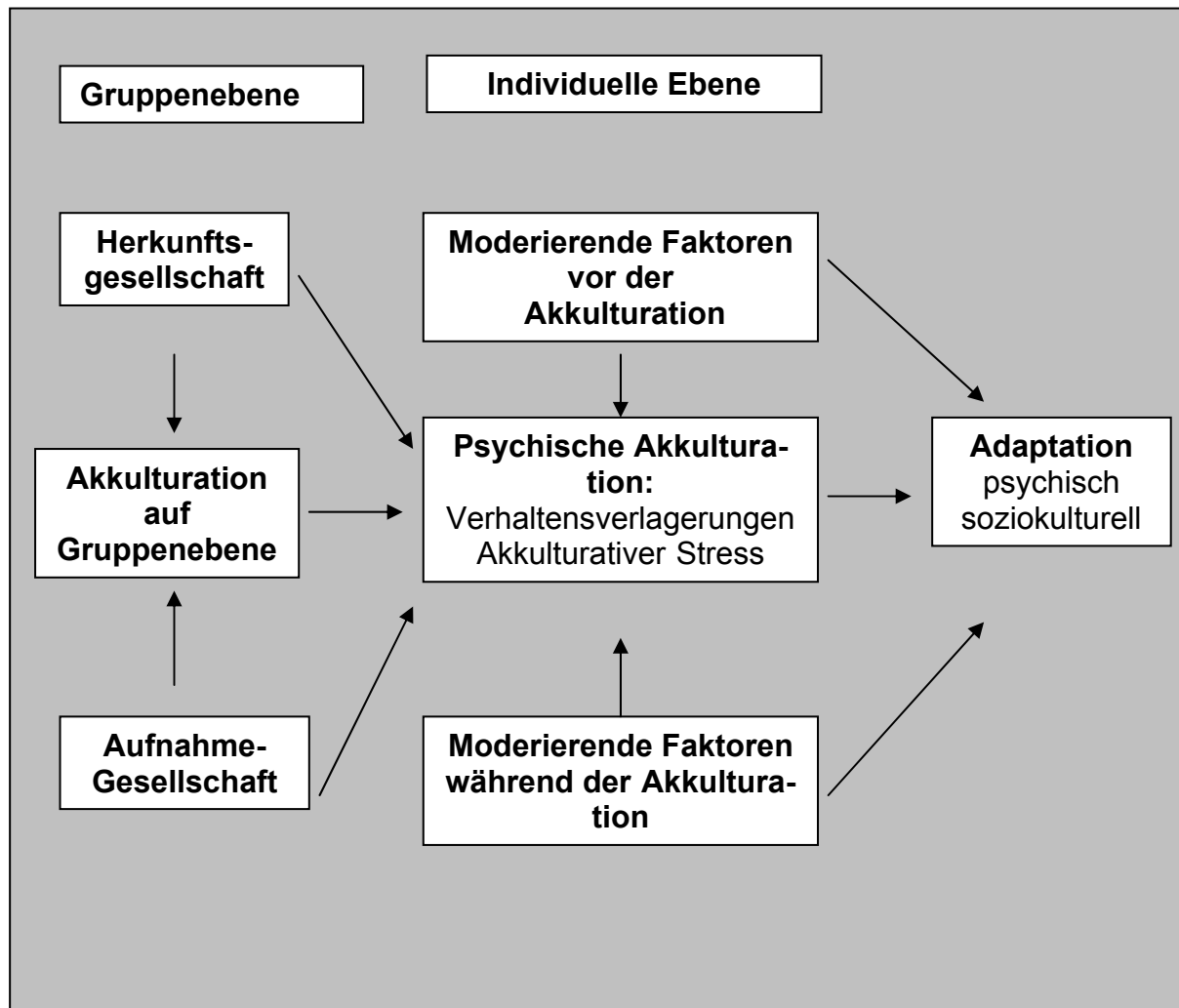


Abbildung 4: Ein Rahmenmodell für Akkulturationsforschung (modifiziert in Anlehnung an Berry, 1992, Seite 84).

Die psychische Akkulturation kann sich als Lernprozess, akkulturativer Stress oder als psychische Störung manifestieren. Sie wird auf dem Gruppenniveau durch den politischen Kontext, soziodemographische Faktoren, die ökonomische Situation des Einwanderungslandes, durch Einstellungen und das Ausmaß an sozialer Unterstützung der Mehrheitsgesellschaft gegenüber den Migranten beeinflusst. Auf dem individualpsychologischen Niveau werden moderierende Faktoren vor und während der Akkulturation beschrieben (Berry, 1997). Moderierende Faktoren vor der Akkulturation umfassen soziodemographische Variablen, migrationsbezogene Faktoren, die kulturelle Distanz und Persönlichkeitsfaktoren. Einflüsse während der Akkulturation beziehen sich auf die Akkulturationsstrategien, soziale Unterstützung, Strategien der Stressverarbeitung und Ressourcen der Migranten. Im Laufe der Zeit finden bei den meisten akkulturierenden Personen Anpassungsprozesse statt. Die psychische Adaptation manifestiert sich in einem Sinn für persönliche und kulturelle Identität, in geistiger Gesundheit und persönlicher Zufriedenheit im neuen kulturellen Kontext, während die soziokulturelle Adaptation durch die Fähigkeit, mit der neuen Kultur zu interagieren und alltägliche Probleme – besonders in den Bereichen Familie, Arbeit und Schule – zu lösen, gekennzeichnet ist (Searle & Ward, 1990; zitiert nach Berry & Sam, 1997; Berry, 1992). Die psychische Adaptation wird durch Persönlichkeit, Lebensveränderungen und soziale Unterstützung determiniert, die soziokulturelle Adaptation durch kognitive Faktoren, soziale Fertigkeiten, kulturelles Wissen, die Kulturdistanz, Sprachkenntnisse und Kontakte mit Einheimischen (zusammenfassend siehe Ataca & Berry, 2002).

Es können 4 Akkulturationsstrategien unterschieden werden (Tabelle 8, siehe Berry & Sam, 1997).

Tabelle 8: Akkulturationsstrategien nach Berry und Sam (1997)

	<b>Kulturelle Aufrechterhaltung</b>		
		<b>+</b>	<b>-</b>
<b>Kulturelle Adaptation</b>	<b>+</b>	Integration	Assimilation
	<b>-</b>	Separation	Marginalisierung

Integration beschreibt die Tendenz, Schlüsselmerkmale der eigenen Kultur bei gleichzeitiger Anpassung an Schlüsselmerkmale der Mehrheitskultur beizubehalten. Bei der Assimilation ist die Anpassung an die Mehrheitskultur sehr wichtig, die Aufrechterhaltung der eigenen Kultur hingegen nicht wünschenswert. Die Separation ist durch die Präferenz der Aufrechterhaltung der eigenen Kultur bei Zurückweisung der Mehrheitskultur gekennzeichnet, während hingegen bei der Marginalisierung die eigene und die fremde Kultur zurückgewiesen werden (Berry, 1992; 1997; beide zitiert nach Arends-Toth & Van de Vijver, 2003). Die gewählte Akkulturationsstrategie zeigt Zusammenhänge zur Persönlichkeit (Schmitz, 2001). Dabei geht Marginalisierung mit hoher Ausprägung auf Neurotizismus, Aggressivität, psychopathologischem Verhalten und Impulsivität einher, während Integration negativ mit Neurotizismus, Ängstlichkeit und Aggressivität korreliert (Schmitz, 2001). Auch Zusammenhänge zur Stressverarbeitung konnten nachgewiesen werden. Integration ist dabei positiv mit aufgabenorientierter Stressverarbeitung assoziiert, Assimilation positiv mit emotions- und aufgabenorientierter Stressverarbeitung, Separation hingegen mit emotionaler Verarbeitung und Vermeidung (zusammenfassend siehe Kusic, 2004).

Die Mehrheit der Migranten bevorzugen Integration, die wenigsten Marginalisierung. Das Auftreten der Strategien variiert in Abhängigkeit unterschiedlicher Lebensbereiche. Türkische Migranten in den Niederlanden bevorzugten beispielsweise im öffentlichen Bereich die Integration und in privaten Bereichen die Separation (Arends-Toth & Van de Vijver, 2003).

### **1.2.11.2 Determinanten des Akkulturationserfolges**

Bessere Sprachkenntnisse des Gastlandes (Berry et al., 1987), eine gute Schulausbildung (Schmitz, 2001; Berry, 1997), ein früheres Leben in einer städtischen Region und Kontakterfahrungen mit Einheimischen schützen vor akkulturativem Stress. Es wird ein aus Ausbildung, Beschäftigung, Eigentum, Literacy, Sprachkenntnissen und Mediengebrauch zusammengesetzter Schutzfaktor postuliert (Berry et al., 1987). Der Erfolg der Akkulturation ist auch altersabhängig: Je jünger die Betroffenen sind, desto weniger Probleme ergeben sich; besonders problematisch gestalten sich hingegen Akkulturationsprozesse bei Jugendlichen in der Pubertät und Personen in höherem Lebensalter. Frauen sind eher von Prob-

lemen betroffen als Männer, da sich ihre Rollen zwischen Kulturen oftmals stärker unterscheiden und sie deshalb stärkere Statusveränderungen erleben als Männer. Personen, die unfreiwillig ins Gastland kommen, haben größere Probleme, als jene mit hoher Eigenmotivation. Je größer die kulturelle Distanz zwischen Aufnahme- und Herkunftsland ist, desto weniger positiv verläuft die Akkulturation. Persönlichkeitsfaktoren wirken als Risiko- oder Schutzfaktoren. Akkulturation verläuft anfangs meist mit sehr wenigen Problemen, gefolgt von ernsteren Problemen, die dann in einer positiven Adaptation münden (Berry, 1997). Die Existenz sozialer Netzwerke ist von großer Bedeutung für eine optimale akkultulative Anpassung und das eigene Wohlbefinden (Schmitz, 2001), wobei unterstützende Beziehungen mit beiden Kulturen am ehesten eine erfolgreiche Adaptation vorhersagen (Berry, 1997).

### **1.2.11.3 Krankheitsrelevanz der Akkulturation**

Studien bestätigen einen Zusammenhang zwischen Akkulturationsstrategien und dem Stresserleben. So zeigte sich, dass Menschen mit Integrationsstrategien am wenigsten Stress erleben, während marginalisierende Personen am meisten durch Stress belastet werden. Assimilation korreliert negativ mit Stress (Berry, 1992; Berry et al., 1987), Marginalisierung hingegen positiv mit psychischen und somatischen Symptomen und negativ mit Lebenszufriedenheit (siehe Berry & Sam, 1997). Bei türkischen Jugendlichen in Norwegen und Schweden sagte Marginalisierung einen niedrigen Selbstwert vorher, Integration einen starken Selbstwert und höhere Lebenszufriedenheit (Virta, Sam & Westin, 2004). Sowjetische Migranten in den USA zeigten weniger Depressionen, wenn sie gut akkulturiert waren. Eine schwierige Akkulturation ging mit negativen Affekten und stressbedingtem Bluthochdruck einher. Bei bosnischen Flüchtlingen in den Niederlanden konnte ein positiver Zusammenhang zwischen Akkulturationsstress und psychischer Belastung gefunden werden (zusammenfassend siehe Haasen et al., 2007).

Die Art des auftretenden Stresses und der Psychopathologie variiert ebenfalls mit dem Akkulturationsmodus. Stress bei Assimilation geht mit Allergien und genereller Schwächung des Immunsystems einher, Separation mit kardiovaskulären Erkrankungen, allgemeiner Reizbarkeit und psychischer Labilität, Marginalisierung mit schwerwiegenden psychosozialen Störungen, psychopathologischen

Auffälligkeiten und psychiatrischen Krankheiten (siehe Schmitz, 2001). Gut integrierte Migranten waren im Vergleich zu assimilierten Personen weniger ängstlich, separierende Migranten ängstlich, zurückweisend, und argwöhnisch. Sie suchten zwar nach sozialer Unterstützung, aber wegen ihres zwischenmenschlichen Misstrauens nur in ihrer eigenen Familie oder in der eigenen ethnischen Gruppe. Marginalisierende Personen waren durch Ängstlichkeit und passive Oppositionalität charakterisiert. Psychopathisches Verhalten manifestiert sich besonders dann, wenn Migranten über eine längere Zeitspanne ein hohes Maß an akkulturativen Stress erleben und den Akkulturationsstil "Marginalisierung" wählen (siehe Schmitz, 2001).

### **1.2.12 Einflüsse der Persönlichkeit auf andere krankheitsrelevante Faktoren**

Die Persönlichkeit eines Patienten kann seinen Krankheitszustand neben ihrer direkten Wirkung über unterschiedliche, indirekte Mechanismen wie Stressverarbeitung, kritische Lebensereignisse oder soziale Unterstützung beeinflussen.

#### **1.2.12.1 Persönlichkeit und Stressverarbeitung**

Viele Studien bestätigen einen Zusammenhang zwischen den Big Five und der Stressverarbeitungsauswahl. So wurde korrelations- und/oder regressionsanalytisch festgestellt, dass Personen mit hoher Ausprägung auf Neurotizismus bevorzugt passive, emotionsfokussierte Strategien wie Flucht, Vermeidung, Selbstbeschuldigung, Wunschdenken, Suche nach sozialer Unterstützung, Verleugnung und Feindseligkeit wählen und weniger problemfokussiert vorgehen (Lee-Baggley, Preece & DeLongis, 2005; O'Brien & DeLongis, 1996; Watson & Hubbard, 1996; Bolger & Zuckerman, 1995; Vollrath, Torgesen & Alnaes, 1995; Hooker, Frazier & Monahan, 1994; Endler & Parker, 1990). Extravertierte hingegen seien im Umgang mit Stress problemorientierter und benutzen adaptivere Formen der emotionsfokussierten Stressverarbeitung, wie z.B. Suche nach sozialer Unterstützung (Amirkhan, Risinger & Swickert, 1995), positives Denken und positive Reinterpretation (Vollrath, 2001; David & Suls, 1999; Watson & Hubbard, 1996). Insbesondere der Subfaktor „Geselligkeit“ wirkt sich positiv auf die Benutzung problemorientierter Strategien aus (Vollrath, Torgesen & Alnaes, 1995), während die Extraversionskomponenten Wärme, positive Emotionalität und Durchsetzungsfähigkeit zur Suche nach sozialer Unterstützung beitragen (Amir-

khan et al., 1995). Andere Studien fanden hingegen keine Zusammenhänge zwischen Stressverarbeitung und Extraversion (Lee-Baggley, Preece & DeLongis, 2005; O'Brien & DeLongis, 1996; Endler & Parker, 1990). Nach Erdmann und Janke (2005) korreliert Neurotizismus mit den Negativ-Strategien des Stressverarbeitungsfragebogens SVF (wie z.B. gedankliche Weiterbeschäftigung und Resignation), während extravertierte Personen tendenziell eher mit Positiv-Strategien des SVF (wie z.B. positive Selbstinstruktion) reagieren. Stark gewissenhafte Personen scheinen mehr soziale Unterstützung zu suchen, mehr problemlösende Strategien zu verwenden und kompromissbereiter zu sein (Lee-Baggley, Preece & DeLongis, 2005; Hooker, Frazier & Monahan, 1994; Watson & Hubbard, 1996), nach David und Suls (1999) hingegen zeigen sie weniger religiöse Stressverarbeitung und positives Umbewerten, und nach O'Brien und DeLongis (1996) weniger Vermeidung und Flucht. Der Big Five Faktor „Offenheit für Erfahrungen“ steht in keinem bzw. nur schwachem Zusammenhang zur Stressverarbeitung (Lee-Baggley, Preece & DeLongis, 2005; Hooker, Frazier & Monahan, 1994). Vereinzelt wurde gezeigt, dass Personen mit hoher Offenheit weniger Ablenkung (David & Suls, 1999), mehr positive Umbewertung (O'Brien & DeLongis, 1996; Watson & Hubbard, 1996) mehr soziale Unterstützungssuche und weniger religiöse Stressverarbeitung benutzen (Watson & Hubbard, 1996). Auch bei dem Big Five Faktor „Verträglichkeit“ ist die empirische Befundlage zu den Zusammenhängen mit Stressverarbeitung inkonsistent. Personen mit hohen Werten auf Verträglichkeit beschuldigen sich weniger selbst (Lee-Baggley, Preece & DeLongis, 2005), suchen mehr soziale Unterstützung (O'Brien & DeLongis, 1996; Hooker, Frazier & Monier, 1994) und bewerten Situationen gehäuft positiv um (Watson & Hubbard, 1996). Andere Studien widerlegen Zusammenhänge zwischen Verträglichkeit und Stressverarbeitung (David & Suls, 1999).

### **1.2.12.2 Persönlichkeit und kritische Lebensereignisse**

Persönlichkeit scheint zu bestimmen, in welche Situationen und Lebenslagen sich Individuen tendenziell bringen (Ickes, Snyder & Garcia, 1997). Neurotische Personen berichten beispielsweise mehr interpersonale Stressoren (Gunthert, Cohen & Armeli, 1999). Heady und Wearing (1989) postulieren ein dynamisches Gleichgewichtsmodell, demzufolge jede Person ein Muster kritischer Lebensereignisse

eignisse und subjektiven Wohlbefindens aufweist, das durch stabile Persönlichkeitseigenschaften vorhergesagt wird und sich in einem dynamischen Gleichgewicht befindet. In einer Längsschnittstudie konnten sie zeigen, dass Neurotizismus in Kombination mit Offenheit und jungem Alter zu wenig angenehmen und vielen unangenehmen Lebensereignissen in der Zukunft beiträgt. Extravertierte, junge, offene Personen hingegen erleben wenig Negatives und viele positive Ereignisse. Beispielsweise prädizierte eine hohe Ausprägung auf Neurotizismus negative finanzielle und berufsbezogene Ereignisse, während Extraversion das Schließen angenehmer Freundschaften vorhersagte (Heady & Wearing, 1989). Magnus, Diener, Fujita & Pavot (1993) bestätigen die Vorhersagekraft der Persönlichkeit für objektive, kritische Lebensereignisse. In einer anderen longitudinalen Studie sagte Neurotizismus erhöhte Befürchtungen über akademische Fähigkeiten, Zweifel an Studienzielen und erhöhten Zeitdruck bei Studenten vorher, während Extraversion weniger Kontaktprobleme mit Kommilitonen prädizierte und Gewissenhaftigkeit weniger Zweifel im Kontext von Studienangelegenheiten. Es zeigten sich aber auch Einflüsse der täglichen Stressoren auf die Persönlichkeit (Vollrath, 2000). Neurotizismus kann seine negativen Effekte auf die psychische Belastung darüber hinaus über endogenen langfristigen Stress vermitteln (Ormel & Wohlfarth, 1991).

### **1.2.12.3 Persönlichkeit und soziale Unterstützung**

Es zeigen sich positive Zusammenhänge zwischen der Extraversionfacette Geselligkeit und sozialer Unterstützung (Newcomb & Keefe, 1997). Extravertierte und wenig neurotische Personen nehmen mehr soziale Unterstützung wahr als neurotische Personen mit niedriger Ausprägung auf Extraversion (Vollrath, 2001; Russell, Booth, Reed & Laughlin, 1997). Extraversion und Neurotizismus entfalten über das soziale Netzwerk auch eine indirekte Wirkung auf die soziale Unterstützung (Russell et al., 1997). In einer Studie von Asendorpf und Wilpers (1998) führte eine hohe Extraversion zu einer besseren Einschätzung der verfügbaren Unterstützung, Schüchternheit hatte den gegenteiligen Effekt. Verträglichkeit prädizierte wenige Konflikte mit gegengeschlechtlichen Personen und eine hohe Gewissenhaftigkeit führte zu einer vermehrten Interaktion mit der Familie. Soziale

Beziehungen hatten jedoch umgekehrt keinen Einfluss auf die Persönlichkeit (Branje, van Lieshout & van Aken, 2004; Asendorpf & Wilpers, 1998). Verträglichkeit und Extraversion stehen den Studien zufolge neben Neurotizismus am stärksten in Beziehung zur wahrgenommenen sozialen Unterstützung.

### **1.2.13 Mediative und moderierende Einflüsse von Persönlichkeit, Stressverarbeitung und sozialer Unterstützung auf die Gesundheit**

Viele Studien belegen mediierende und/ moderierende Effekte von Persönlichkeit, Stressverarbeitung und sozialer Unterstützung in ihren Einflüssen auf Indikatoren des Gesundheitszustandes, z.B. im Kontext der Beziehung zwischen Stressoren und subjektiver Belastung. Der größte Teil dieser Untersuchungen verwendet Pfad- und Strukturgleichungsmodelle zur Überprüfung moderierender und mediierender Effekte.

Bolger und Zuckerman (1995) bestätigten ein differentielles Exposure-Reaktivitäts-Modell, bei dem Persönlichkeit sowohl die Reaktivität auf Stressoren (Moderatormodell) als auch das Erleben kritischer Lebensereignisse beeinflusste (Mediatormodell). Nach Bolger und Schilling (1991) spielt die Reaktivität auf Stressoren eine wichtigere Rolle für die Erklärung der Beziehung zwischen Neurotizismus und subjektiver Belastung als das Erleben kritischer Lebensereignisse. Effekte der Persönlichkeit auf die subjektive Symptombelastung eines Patienten können auch über Stressverarbeitungsmechanismen vermittelt werden (Grant & Langan-Fox, 2007). Eine moderierende Wirkung der Persönlichkeit auf die Beziehung zwischen Stressverarbeitung und Belastung ist nach Grant und Langan-Fox (2007) eigenen Forschungsbefunden zufolge hingegen unwahrscheinlich. Auch Bolger und Zuckerman (1995) bestätigen Mediationsmodelle, bei denen Persönlichkeit die Auswahl der Stressverarbeitungs-Strategie beeinflusst, und so Stressparameter beeinflusst. Es konnten jedoch auch Moderationseffekte der Persönlichkeit nachgewiesen werden, insbesondere bei der Emotion „Depression“ als Indikator der subjektiven Belastung (Bolger & Zuckerman, 1995). In einer Studie von Jacquez, Cole und Searle (2004) wurde die Korrelation zwischen Stressverarbeitung und psychischem Wohlbefinden durch Auspartialisierung der Persönlichkeit reduziert. Ärger und Feindseligkeit vermittelten die Beziehung zwischen posttraumatischer Belastungsstörung und körperlichem Gesundheitsstatus (siehe Ouimette, Cronkite, Prins & Moos, 2004), negative Affektivität den Zu-



sammenhang zwischen emotionaler Dissonanz und emotionaler Erschöpfung (Abraham, 1999). Bei neurotischen Personen führte Stress zu einer stärkeren Gesundheitsbeeinträchtigung als bei weniger neurotischen Personen (Hills & Norwell, 1991). Introversion korrelierte nur bei hoch neurotischen Personen signifikant positiv mit der Schwere einer Essstörung (Miller, Schmidt, Vaillancourt, McDougall & Laliberte, 2006).

Stressverarbeitung kann ebenfalls moderierende Wirkungen entfalten und Beziehungen vermitteln, beispielsweise den Zusammenhang zwischen der Vulnerabilität für interpersonale Probleme und Ängstlichkeit/ Depressivität (Connor-Smith und Compas, 2002). Adaptive Stressverarbeitung wirkte dabei als Stress-Puffer, maladaptive Stressverarbeitung erhöhte hingegen den Zusammenhang zwischen interpersonaler Empfindlichkeit und psychischem Leidensdruck (Connor-Smith & Compas, 2002). Bei Patienten mit multipler Sklerose schwächten Ablenkung und instrumentelle Stressverarbeitung die positive Beziehung zwischen Stress und dem Auftreten neuer Hirn-Läsionen, während dieser Zusammenhang durch emotionale Verarbeitungsstrategien verstärkt wurde (Mohr, Goodkin, Nelson, Cox & Weiner, 2002). In einer Untersuchung von Lawrence und Fauerbach (2003) medierte Vermeidung den Zusammenhang zwischen Neurotizismus und Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung, in einer Studie von Printz, Shermis und Webb (1999) den Zusammenhang zwischen kritischen Lebensereignissen und der psychischen Anpassung bei Jugendlichen, außerdem die Beziehung zwischen sozialer Unterstützung und depressiver Symptomatik (Holahan et al., 1995) als auch subjektiver Lebensqualität (Echtheld, van Elderen & van der Kamp, 2001) sowie zwischen Persönlichkeit, Selbstwirksamkeitserwartungen und subjektiver Lebensqualität (Rose, Fliege, Hildebrandt, Schirop & Klapp, 2002). Ein hoher Neurotizismus-Wert bei psychiatrischen Patienten führte zu passiver, emotionsfokussierter Stressverarbeitung und zu einem Mangel an problemlösenden Strategien, was wiederum zur Verschlechterung der psychiatrischen Symptomatik beitrug (Vollrath, Torgersen und Alnaes, 1998). Aktive Stressverarbeitung, Leugnung und soziale Unterstützung vermittelten die Beziehung zwischen Neurotizismus und psychischer Lebensqualität (Burgess et al., 2000).

Darüber hinaus weist soziale Unterstützung mediierende und moderierende Einflüsse auf. In einer Studie von Holahan und Moos (1991) reduzierte familiäre Unterstützung bei starkem Stress über Stressverarbeitungs-Mechanismen Depres-

sionen, bei schwachem Stress wirkte sie direkt auf die Depression. Kessler, Kendler, Heath, Neale und Eaves (1992) fanden moderierende Effekte der sozialen Unterstützung auf die Beziehung zwischen Stress und Depression. Je geringer die soziale Unterstützung war, desto stärker die Beziehung zwischen Stress und Depression (Kessler et al., 1992). Christensen, Turner, Slaughter und Holman (1989) berichten lediglich bei durch Nierenerkrankungen im Endstadium stark gestressten Personen einen bedeutsamen puffernden Effekt familiärer Unterstützung auf depressive Symptome und Ängstlichkeit. Soziale Unterstützung vermittelt die Beziehung zwischen Neurotizismus und den Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung (Lawrence & Fauerbach, 2003), zwischen Neurotizismus und subjektiver Belastung bei Pflegern (Shurgot & Knight, 2005) sowie zwischen Stress und kardialen Symptomen (Fontana, Kerns, Rosenberg & Colonese, 1989). Soziale Unterstützung spielt unabhängig vom Stressniveau eine Rolle für das psychische Wohlbefinden, jedoch wird sie bei zunehmendem Stress wichtiger (zusammenfassend siehe Turner, 1983).

Abbildung 5 zeigt ein pfadanalytisch geprüfetes Modell als Beispiel einer gemeinsamen Betrachtung von Stressverarbeitung, Persönlichkeit, Stressoren und sozialer Unterstützung in ihrem Einfluss auf die subjektive Belastung bei einer Stichprobe niederländischer Arbeitnehmer (De Jong, van Sonderen und Emmelkamp, 1999).

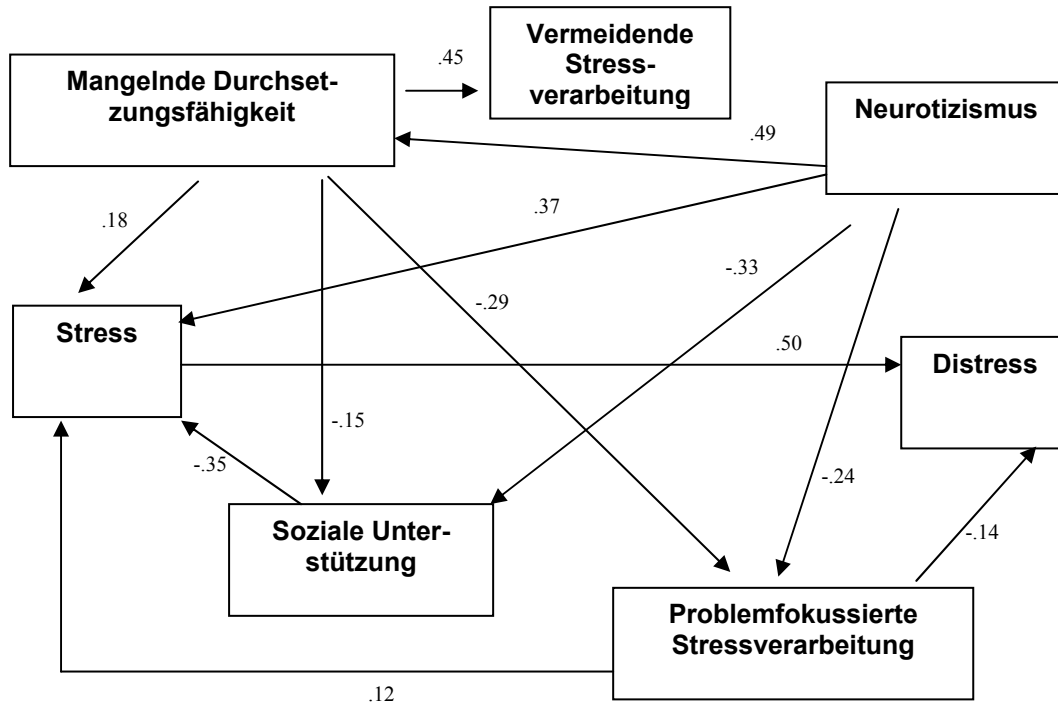


Abbildung 5: Stressmodell nach de Jong, van Sonderen und Emmelkamp (1999) mit standardisierten Pfadkoeffizienten.

Den Ergebnissen der Modellprüfung zufolge entfaltete erlebter Stress als einzige Variable neben der schwachen Wirkung problemfokussierter Stressverarbeitung direkte Effekte auf die psychische Belastung. Niedrige Neurotizismus-Werte und eine hohe Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung waren mit niedrigem erlebten Stress assoziiert. Je neurotischer die Personen waren, desto unzufriedener mit der sozialen Unterstützung und desto schwächer in ihrem Durchsetzungsvermögen. Ein mangelndes Durchsetzungsvermögen wiederum begünstigte Vermeidungsstrategien und erlebten Stress, während es negativ mit sozialer Unterstützung und problemfokussierter Stressverarbeitung einherging (de Jong, van Sonderen & Emmelkamp, 1999).

#### 1.2.14 Einflüsse subjektiver Krankheitskonzepte und des Rentenwunsches auf die Behandlungsmotivation

Einigen Studien zufolge können subjektive Krankheitsvorstellungen die Behandlungsmotivation beeinflussen. So zeigten Apostolo, Viveiros, Nunes und Domingues (2007), dass Personen mit Typ-II-Diabetes, die sich bezüglich der Behand-

lungswirksamkeit sicher waren, eine höhere intrinsische Behandlungsmotivation aufwiesen als unsichere Personen. Auch Schneider und Mitarbeiter (1989) beschreiben die Erwartung des Patienten an die Therapie als eine Bedingung für Therapiemotivation. Bei Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung war eine geringe Wahrnehmung des eigenen Einflusses auf ihre Erkrankung mit schwacher Handlungsorientierung assoziiert (Dowson, Town, Frampton & Mulder, 2004). Patienten mit Essstörungen zeigten bei mangelnder Selbstwirksamkeitserwartung bezüglich der Erkrankung eine geringere Änderungsbereitschaft (Stockford, Turner & Cooper, 2007). Das Ausmaß an Rentenbegehren könnte sich ebenfalls als motivationaler Faktor auf die Behandlungsmotivation auswirken. In einer Studie von Nickel, Muehlbacher und Mitarbeitern (2006) zeigten depressive Frauen, die einen Rentenanspruch gestellt hatten, eine niedrigere Behandlungsmotivation als Personen ohne Rentenanspruchstellung. Negative Korrelationen zwischen Selbstwirksamkeitserwartungen und dem Rentenwunsch wurden bei Patienten mit anhaltender somatoformer Schmerzstörung nachgewiesen (Schneider, 2006).

### **1.2.15 Besonderheiten bei der Behandlung von Migranten**

In der Literatur werden allgemeine Voraussetzungen und Tipps für eine transkulturell kompetente Versorgung von Migranten im Gesundheitsbereich aufgeführt. Sie basieren auf praktischer und klinischer Erfahrung, sind jedoch empirisch zum größten Teil nicht abgesichert. So z.B. die 12 Sonnenberger Leitlinien zur Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung:

- 1.) Erleichterung des Zugangs zu der psychiatrisch-psychotherapeutischen und allgemeinmedizinischen Regelversorgung durch Niederschwelligkeit, Kultursensivität und Kulturkompetenz
- 2.) Bildung multikultureller Behandler Teams aus allen in der Psychiatrie und Psychotherapie tätigen Berufsgruppen unter bevorzugter Einstellung von MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund und zusätzlicher Sprachkompetenz
- 3.) Organisation und Einsatz psychologisch geschulter FachdolmetscherInnen als zertifizierte Übersetzer und Kulturmediatoren „Face- to- face“ oder als TelefondolmetscherInnen

- 4.) Kooperation der Dienste der Regelversorgung im gemeindepsychiatrischen Verbund und der Allgemeinmediziner mit den Migrations-, Sozial- und sonstigen Fachdiensten sowie mit Schlüsselpersonen der unterschiedlichen Migrantengruppen, -organisationen und -verbänden. Spezielle Behandlungserfordernisse können Spezialeinrichtungen notwendig machen.
- 5.) Beteiligung der Betroffenen und ihrer Angehörigen an der Planung und Ausgestaltung der versorgenden Institutionen
- 6.) Verbesserung der Informationen durch muttersprachliche Medien und Multiplikatoren über das regionale gemeindepsychiatrische klinische und ambulante Versorgungsangebot und über die niedergelassenen PsychiaterInnen und PsychotherapeutInnen sowie AllgemeinärztInnen
- 7.) Aus-, Fort- und Weiterbildung für in der Psychiatrie und Psychotherapie und in der Allgemeinmedizin tätige MitarbeiterInnen unterschiedlicher Berufsgruppen in transkultureller Psychiatrie und Psychotherapie unter Einschluss von Sprachfortbildungen
- 8.) Entwicklung und Umsetzung familienbasierter primär und sekundär präventiver Strategien für die seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus Migrantenfamilien
- 9.) Unterstützung der Bildung von Selbsthilfegruppen mit oder ohne professionelle Begleitung
- 10.) Sicherung der Qualitätsstandards für die Begutachtung von Migranten im Straf-, Zivil- (Asyl-) und Sozialrecht
- 11.) Aufnahme der transkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie in die Curricula des Unterrichts für Studierende an Hochschulen
- 12.) Initiierung von Forschungsprojekten zur seelischen Gesundheit von MigrantInnen und deren Behandlung (Machleidt, 2002).

Migranten sollten mit denselben Qualitätsstandards und Heilerfolgen behandelt werden wie Einheimische (Machleidt, Behrens, Ziegenbein & Calliess, 2007). Ilkilic (2007) fordert für eine ethisch vertretbare Behandlung ausländischer Patienten professionelle Dolmetscherdienste. Erim und Senf (2002) betonen die Notwendigkeit muttersprachlicher Angebote durch bilinguale Psychotherapeuten in der Psychotherapie mit Migranten. Die Sensitivität für andere Kulturen und andere Denkweisen sowie die Zugehörigkeit zum gleichen ethnischen und kultu-

rellen Hintergrund scheinen bedeutsam für die Herstellung einer hilfreichen therapeutischen Beziehung zu sein. Im Hinblick auf eine Interkulturalisierung der Arzt-Patienten-Beziehung wird die Reflexion über den eigenen kulturellen Hintergrund, die eigene Sozialisation, eigene Überzeugungen, Handlungsmuster, politische und religiöse Ansichten empfohlen. Bewusstheit über die eigenen Vorstellungen und Denkweisen kann die Offenheit gegenüber anderen, „fremden“ Werthaltungen, Rollenvorstellungen und Verhaltensweisen erleichtern. Zur Kultursensitivität gehört neben dem Wissen über unterschiedliche Kulturen Neugier und eine innere Bereitschaft sich auf neue Kulturen einzulassen (Machleidt et al., 2007). Auch Koch und Müller (2007) betonen neben Kenntnissen der eigenen kulturellen Identität und eigener Vorurteile eine offene, interessierte und respektvolle Einstellung als Bestandteil interkultureller Kompetenz. Zudem schlagen sie die Arbeit mit Kulturvermittlern vor, die als Dolmetscher fungieren, außerdem die Exploration des Symptom- und Krankheitsverständnisses des Patienten, dessen Einstellung zur medizinischen Autorität und zu psychiatrischer Therapie (Koch & Müller, 2007). Es ist nicht nur wichtig, sich kulturspezifische Kenntnisse anzueignen, sondern dieses Wissen zu reflektieren, um nicht in stereotypen Vorstellungen verhaftet zu bleiben (Schouler-Ocak, 2005). Darüberhinaus setzt die Entwicklung transkultureller Kompetenz die Reflexion der eigenen persönlichen und politischen Haltung zu Migration und zu „Ausländern“ voraus, da diese Haltungen die Interaktionen mit den „Fremden“ beeinflussen können (Wohlfahrt, 2007). Erim und Senf (2002) beschreiben als hilfreiche therapeutische Haltungen im interkulturellen Setting Joining und interkulturelle Offenheit, weiterhin den Einsatz aktiver Interventionen wie Beratung des Patienten in alltagspraktischen Bereichen, Förderung der Individuation durch Arbeit mit Metaphern und die Aktivierung von Ressourcen des Familienkollektivs über die Zusammenarbeit mit einem „progressiven Familienmitglied“. Bezüglich des Joinings, d.h. dem Aufbau von Kontakt und Vertrauen in der Beratung von Migranten, stellen Eberding und von Schlippe (2000) konkrete Ratschläge vor, wie z.B. den Patienten fragen, wie sein Name in der Muttersprache ausgesprochen wird. Joining-steigernd würden sich auch gezielte Fragen nach der Migrationsgeschichte auswirken sowie insbesondere in der Arbeit mit Migrantenfamilien die Erstellung eines Genogramms. In einem Genogramm lassen sich nämlich Migrationsdaten erfassen, zeigen sich die Besonderheiten der Familie, die Krankheitsgeschichte oder Schulbesuchsda-

ten (Eberding & von Schlippe, 2000). Bei muslimischen Patienten sollen nach Ilkilic (2007) schambehaftete Untersuchungen durch Behandler des gleichen Geschlechtes durchgeführt werden. Schouler-Ocak (2005) bezieht die Geschlechtsproblematik auch auf die eingesetzten Übersetzer. So könne beispielsweise einer sexuell traumatisierten Frau nicht zugemutet werden, im Gegenwart eines fremden männlichen Übersetzers über ihre traumatischen Erlebnisse zu sprechen (Schouler-Ocak, 2005). Weiterhin sollte festgestellt werden, ob religiöse Pflichten bzw. Speisevorschriften und therapeutische Massnahmen miteinander im Konflikt stehen. Dabei könnte eine kultursensible ärztliche Aufklärung und eine individuelle theologische Beratung der muslimischen Patienten durch einen Imam zu einer Konfliktlösung beitragen (Ilkilic, 2007). Hervorzuheben ist auch, dass Migranten im Behandler eher eine Autoritätsperson sehen als einen gleichwertigen Kooperationspartner.

Nach Cindik (2007) ist es enorm wichtig, den Bildungsgrad, Aufenthaltsstatus, Akkulturation und Integration im Aufnahmeland, Sprachkompetenz, Einwanderungsmodus, Herkunftsregion, Religion, Einkommen, Wohnverhältnisse und Familienrückhalt im Umgang mit ausländischen Patienten zu eruieren. Schouler-Ocak (2005) schlägt neben der Hinzuziehung von Kultur- und/ oder Sprachvermittlern interkulturelle Supervision und respektvollen Umgang mit kulturspezifischen Einflussfaktoren in der traumazentrierten Psychotherapie von Migranten vor. Das bewusste Infragestellen von Stereotypen erleichtert es, den Patienten bzw. den Familien offen zu begegnen (Eberding & von Schlippe, 2000).

### **1.3 Herleitung der Fragestellungen und Hypothesen**

Kenntnisse über Besonderheiten krankheitsrelevanter Faktoren bei türkischen Migranten in Deutschland sind äußerst lückenhaft. Sie sind jedoch erforderlich, um die schlechte gesundheitsbezogene Versorgungssituation türkischer Migranten zu verbessern. Sie können dazu beitragen, Fehldiagnosen, Fehlbehandlungen und die Chronifizierung von Krankheiten türkischer Patienten zu reduzieren. Die Analyse des Einflusses krankheitsrelevanter Faktoren und ihrer komplexen Zusammenhänge auf die Behandlungsergebnisse kann Hinweise dafür liefern, welche therapeutischen Interventionen am aussichtsreichsten für den Behandlungserfolg sind.

### **1.3.1 Unterschiede bezüglich krankheitsrelevanter Faktoren zwischen deutschen und türkischen Patienten**

Die bisherige empirische Befundlage deutet auf Besonderheiten bezüglich subjektiver Krankheitskonzepte (siehe 1.2.2.5), der symptomatischen Ausgestaltung psychischer und körperlicher Störungen (siehe 1.2.3.5) und der krankheitsspezifischen Stressverarbeitung (siehe 1.2.4.6) bei Personen türkischer Herkunft hin. Diese Ergebnisse stützen sich auf Studien, die durch unterschiedliche Methoden der Stichprobenauswahl, des Studiendesigns, der Messinstrumente und der Auswertungsstrategien charakterisiert sind. Studien zu Besonderheiten von Persönlichkeitsfaktoren, sozialer Unterstützung, der Behandlungsmotivation und Rentenwünschen bei Personen türkischer Patienten fehlen bislang oder existieren lediglich vereinzelt. Daraus legitimiert sich die Untersuchung von Fragestellung 1:

#### **Fragestellung 1: Welche Unterschiede bezüglich krankheitsrelevanter Faktoren ergeben sich zwischen türkischen und deutschen Patienten?**

Zu *subjektiven Krankheitskonzepten* existieren fünf methodisch und inhaltlich sehr heterogene Studien, denen zufolge Personen türkischer Herkunft wenig von ihrem persönlichen Einfluss auf ihre Erkrankungen überzeugt sind und zu externalen Ursachenattributionen neigen (siehe 1.2.2.5). Zu persönlichen Annahmen über negative Konsequenzen der Erkrankung, den Krankheitsverlauf, die Krankheitsdauer und die Behandlungswirksamkeit bei türkischen Migranten weiß man bislang wenig. Auch über mögliche Besonderheiten emotionaler Reaktionen auf die Erkrankung und der Krankheitskohärenz ist nichts bekannt. Weiterhin weiß man nicht, ob sie ähnliche Symptometikette ihrer Erkrankung aufweisen wie deutsche Patienten.

Im Hinblick auf die *symptomatische Ausgestaltung von Krankheiten* wird angenommen, dass türkische Patienten diagnoseunabhängig im Vergleich zu deutschen Patienten eine stärkere Neigung zur Somatisierung aufweisen (siehe



1.2.3.5), im Rahmen koronarer Herzerkrankungen vermutlich eine stärkere Belastung durch Risikofaktoren (siehe 1.2.3.5).

Es existiert lediglich eine Studie zur **krankheitsspezifischen Stressverarbeitung**, die türkische und deutsche Patienten vergleicht und auf Unterschiede in der Stressverarbeitung hindeutet (vgl. 1.2.4.6). Religiöse und migrationsbedingte Einflüsse könnten maladaptive, passive Bewältigungsformen begünstigen (siehe 1.2.1.2; 1.2.10; 1.2.4.6). Eine Tendenz zu eher passiven Bewältigungsstrategien würde mit der geringen Annahme eines eigenen Einflusses auf Erkrankungen (vgl. 1.2.2.5) vereinbar sein. Die durch die Migration bedingten Belastungen könnten bei mangelnden Bewältigungskompetenzen resignative Stressverarbeitungsmechanismen begünstigen (siehe 1.2.4.6).

Unterschiede in der **Persönlichkeit** zwischen Personen deutscher und türkischer Herkunft werden erwartet, jedoch ist unklar, ob sich ähnliche Unterschiede zeigen wie bei McCrae (2002), da die Migration ebenfalls als Einflussfaktor postuliert wird. Die durch die Migration bedingten Belastungen und der damit einhergehende akkultorative Stress könnten z. B. eine Steigerung negativer Affektivität oder Ängstlichkeit bewirken (vgl. 1.2.5.4).

Türkische Patienten weisen aufgrund der Migration vermutlich mehr **kritische Lebensereignisse** auf als deutsche Patienten (siehe 1.2.10).

Ob sich türkische Patienten bezüglich der wahrgenommenen **sozialen Unterstützung** von deutschen Patienten unterscheiden, wurde bisher noch nicht untersucht. Einerseits könnte soziale Unterstützung aufgrund des kulturbedingten stärkeren Kollektivismus (siehe 1.2.1.2) eine größere Rolle für Personen türkischer Herkunft spielen, andererseits könnte eine migrationsbedingte Reduktion sozialer Ressourcen vorliegen (siehe 1.2.10). Familiäre Unterstützung scheint kulturbedingt bei türkischen Patienten wichtiger zu sein als bei Deutschen (siehe 1.2.1.2). Dies spiegelt sich beispielsweise in dem Wunsch vieler türkischer Patienten wider, ihre Angehörigen mit in die Behandlung einzubeziehen (Arslan & Eroglu, 1993). Darüber hinaus scheinen kranke Personen intensiver und länger in ihren türkischen Familien betreut zu werden. (Holzmann et al., 1994). Oftmals

zeigt sich eine starke familiäre Unterstützung der kranken türkischen Patienten durch häufigere Besuche zahlreicher Angehöriger (Becker, Wunderer & Schultz-Gambard, 1998). Dementsprechend unterscheiden sich türkische und deutsche Patienten womöglich in dem Ausmaß an wahrgenommener Unterstützung durch Familienangehörige.

Bei der **Behandlungsmotivation** kann aufgrund des oftmals stärkeren körperlichen und psychischen Leidensdruckes türkischer Patienten im Vergleich zu deutschen Patienten eine höhere Motivation zur Behandlung vermutet werden, da ein starker Leidensdruck eine Determinante der Therapiemotivation darstellt (siehe 1.2.8.1). Andererseits werden türkische Patienten oftmals mit einer defizitären Versorgungssituation konfrontiert (siehe 1.1.2), die reduzierende Effekte auf die Behandlungsmotivation entfalten könnte. Rentenwünsche, die bei türkischen Migranten aufgrund eines niedrigeren sozioökonomischen Status und un-stetiger Erwerbsverläufe stärker ausgeprägter sein könnten als bei Deutschen (vgl. 1.2.9.2) wirken sich womöglich ebenfalls negativ auf die Behandlungsmotivation aus.

Es wird vermutet, dass türkische Patienten stärkere **Rentenwünsche** als deutsche Patienten haben, da sie viele der Bedingungen erfüllen, die mit der Entstehung von Frührentenwünschen einhergehen (vgl. 1.2.9.2).

### **1.3.2 Unterschiede in Behandlungsergebnissen zwischen deutschen und türkischen Patienten**

Bisherigen Studien zufolge weisen türkische Patienten im Vergleich zu Deutschen in der Regel schlechtere Behandlungsergebnisse auf (siehe 1.1.1). Fast alle dieser Studien benutzten Selbsteinschätzungen der Patienten bezüglich ihres Leidens unter körperlichen oder psychischen Beschwerden. Es mangelt an Studien, die andere Kriterien des Behandlungsergebnisses wie subjektive Lebensqualität oder Fremdeinschätzungen durch die Ärzte mitberücksichtigen. Daraus ergibt sich Fragestellung 2.

**Fragestellung 2: Unterscheiden sich die Behandlungsergebnisse zwischen deutschen und türkischen Patienten?**

Es wird vermutet, dass türkische Patienten sowohl bei den Selbst- als auch bei den Fremdeinschätzungen schlechtere Behandlungsergebnisse aufweisen.

Außerdem wird angenommen, dass bei türkischen Migranten bereits zu Beginn der Behandlung schlechtere Werte der Behandlungsergebnis-Indikatoren vorliegen (vgl. 1.1.1).

### **1.3.3 Prädiktion der Behandlungsergebnisse bei deutschen und türkischen Patienten durch krankheitsrelevante Faktoren**

Die Krankheitsrelevanz subjektiver Krankheitskonzepte (siehe 1.2.2.2), der Stressverarbeitung (siehe 1.2.4.4), der Persönlichkeit (siehe 1.2.5.3), kritischer Lebensereignisse (siehe 1.2.6.2), sozialer Unterstützung (siehe 1.2.7.2), der Behandlungsmotivation (siehe 1.2.8.2), der Rentenwünsche (siehe 1.2.9.3), migrationsassoziierter Belastungen (siehe 1.2.10.4) und der Akkulturation (siehe 1.2.11.3) gilt als bestätigt. Allerdings gibt es keine Studien, die diese Faktoren in ihrem Einfluss auf das Ergebnis einer Behandlung im Vergleich zwischen türkischen und deutschen Patienten untersuchen. Es könnte nämlich sein, dass unterschiedliche Faktoren in unterschiedlichem Ausmaß für deutsche und türkische Patienten bedeutsam für das Therapieergebnis sind. Außerdem kommen bei den türkischen Patienten zusätzlich migrationsassoziierte Belastungen und akkulturativer Stress als Einflussfaktoren der Behandlung in Frage. Gerade das Wissen über die Relevanz einzelner Faktoren für den Behandlungserfolg ist für eine ökonomische und erfolgreiche Optimierung der Gesundheitsversorgung türkischer Patienten durch angemessene und effektive zielgruppenspezifische Versorgungsangebotsgestaltung ausschlaggebend. Daraus ergibt sich die Fragestellung 3:

#### **Fragestellung 3: Wie präzisieren krankheitsrelevante Faktoren Behandlungsergebnisse bei türkischen und deutschen Patienten?**

Für türkische und deutsche Patienten werden folgende Annahmen gemacht:

Bei **subjektiven Krankheitskonzepten** ist von einer differentiellen Wirkung einzelner Komponenten auszugehen. Eine hohe Überzeugung in den persönlichen Einfluss auf die Erkrankung und in die Behandlungswirksamkeit sowie eine hohe Kohärenz sagen vermutlich gute Behandlungsergebnisse vorher, während die

Annahme eines chronischen oder zyklischen Krankheitsverlaufs, negativer Krankheitskonsequenzen und emotionale Krankheitsrepräsentationen schlechte Ergebnisse vorhersagen (vgl. 1.2.2.2).

Maladaptive, passive, emotionsfokussierte **Stressverarbeitungsstrategien** wie z. B. Resignation oder gedankliche Weiterbeschäftigung wirken sich vermutlich negativ auf Behandlungsergebnisse aus, während problemorientierte aktive Strategien (wie u. a. positive Selbstinstruktion oder Situationskontrolle) gute Behandlungsergebnisse vorhersagen (vgl. 1.2.4.4).

Es wird angenommen, dass verschiedene **Persönlichkeitsfaktoren** (Big Five) unterschiedliche Wirkungen auf Behandlungsergebnisse haben. So wird vermutet, dass eine hohe Ausprägung auf Neurotizismus negative Effekte auf Behandlungsergebnisse entfaltet, während Verträglichkeit und Extraversion positiv wirken (vgl. 1.2.5.3). Für die Komponente "Offenheit für Erfahrung" wird keine Vorhersagekraft erwartet, bei Gewissenhaftigkeit ist die Richtung des Zusammenhangs unklar. Einerseits könnten Personen mit hohen Werten aufgrund ihrer Strukturiertheit und Tendenz zur Systematik eher von der Behandlung profitieren, andererseits könnten möglicherweise Zusammenhänge zu Rigidität und Zwanghaftigkeit therapiehinderlich wirken.

Ein negativer Einfluss **kritischer Lebensereignisse** auf Behandlungsergebnisse wird erwartet (siehe 1.2.6.2).

Bezüglich der **wahrgenommenen sozialen Unterstützung** wird ein positiver Effekt auf die Behandlungsergebnisse vermutet (vgl. 1.2.7.2).

Es wird vermutet, dass sich die **Behandlungsmotivation** positiv auf Behandlungsergebnisse auswirkt. (vgl. 1.2.8.2).

Studien bestätigen die behandlungshinderliche Wirkung von **Rentenwünschen**, sodass sie vermutlich schlechte Behandlungsergebnisse vorhersagen (vgl. 1.2.9.3).

Aktuelle oder in der Vergangenheit liegende **Belastungen**, die mit der **Migration** in Zusammenhang stehen, wirken sich vermutlich ähnlich wie kritische Lebensereignisse negativ auf Behandlungsergebnisse bei türkischen Patienten aus. Die gleiche Hypothese wird für vergleichbare Belastungen bei deutschen Patienten aufgestellt (vgl. 1.2.10.4).

Es wird vermutet, dass ein hohes Ausmaß an **Akkulturation** Behandlungserfolge bei türkischen Patienten vorhersagt (vgl. 1.2.11.3).

#### **1.3.4 Modelle zu Zusammenhängen krankheitsrelevanter Faktoren in ihrem Einfluss auf das Ergebnis der Behandlung**

Neben den hypothetisierten direkten Wirkungen krankheitsrelevanter Faktoren auf Behandlungsergebnisse (siehe 1.3.3) lässt sich aus der Literatur erschließen, dass einige dieser Variablen wie Stressverarbeitung, soziale Unterstützung, Persönlichkeit oder Akkulturation als Moderatoren oder Mediatoren wirken können. Es existieren bislang mehrheitlich Studien, die einzelne krankheitsbezogene Faktoren hinsichtlich dieser Funktionen analysieren. Eine modellgeleitete gemeinsame Betrachtung mehrerer Faktoren in ihrer Interaktion und ein diesbezüglicher Vergleich zwischen deutschen und türkischen Patienten wurde jedoch noch nicht vorgenommen. Aus diesem Grunde legitimiert sich Fragestellung 4.

**Fragestellung 4: Lassen sich die unter Punkt 1.3.4.1 bis 1.3.4.4 spezifizierten Modelle auf türkische und deutsche Patienten anwenden?**

##### **1.3.4.1 Stressverarbeitungs- Mediator- Modell**

Das Stressverarbeitungs-Mediator-Modell (siehe Abbildung 6; 6.1; 6.2) stellt eine modifizierte Version des Common- Sense- Modells von Leventhal, Meyer und Nerenz dar (1980).

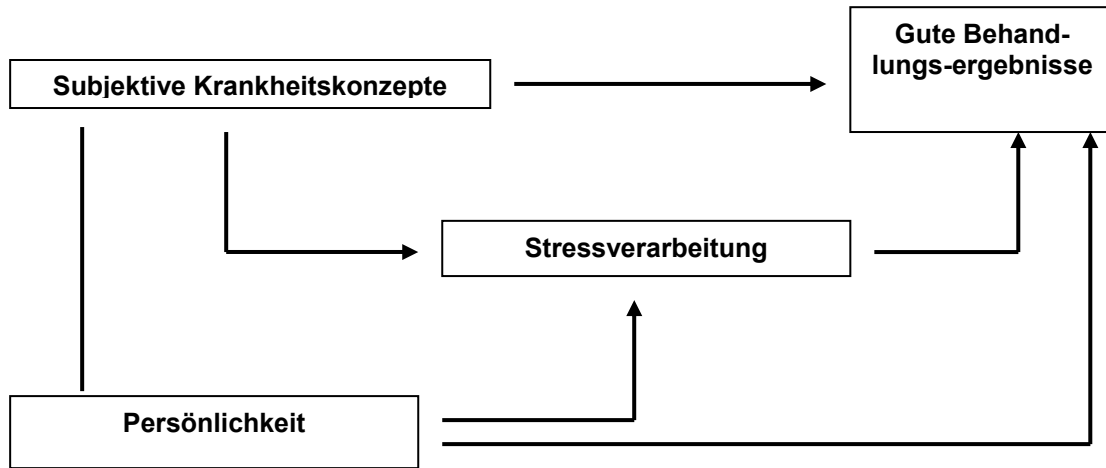


Abbildung 6: Stressverarbeitungs- Mediator- Modell.

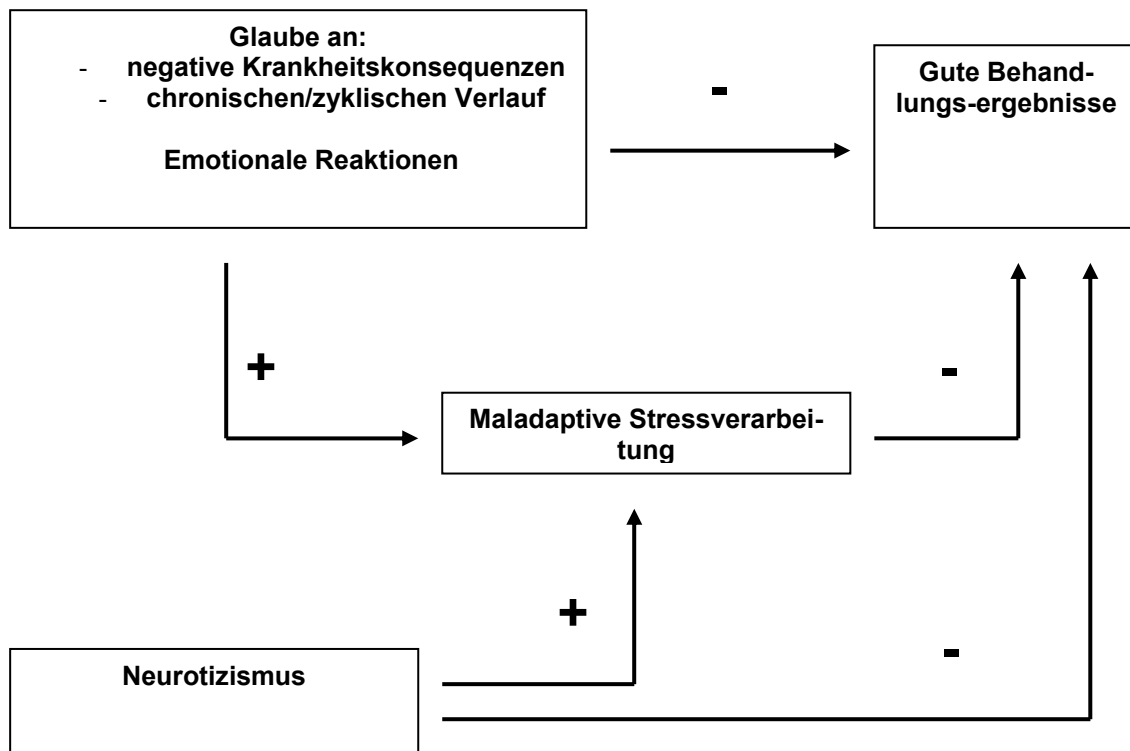


Abbildung 6.1: Stressverarbeitungs-Mediator-Modell für maladaptive Stressverarbeitung mit Hypothesen (Steigerung = + und Reduktion = -).

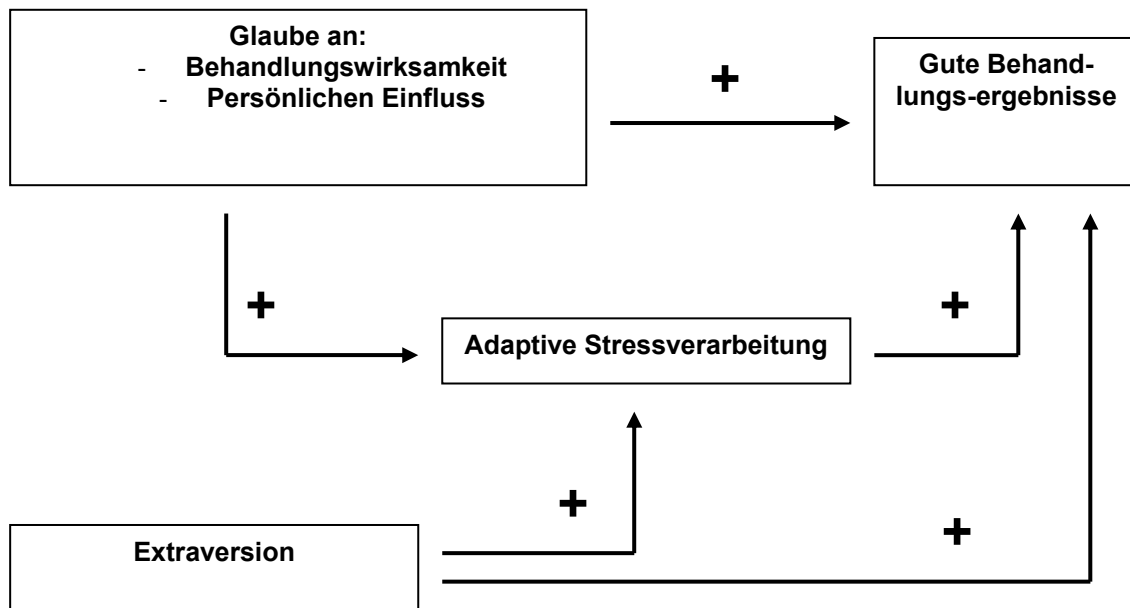


Abbildung 6.2: Stressverarbeitungs-Mediator-Modell für adaptive Stressverarbeitung mit Hypothesen (Steigerung = + und Reduktion = -).

Dem Modell zufolge können sich subjektive Krankheitskonzepte und Persönlichkeitsfaktoren neben direkten Wirkungen indirekt über den Mediator „Stressverarbeitung“ auf Behandlungsergebnisse auswirken. Die direkten Wirkungen einzelner Facetten subjektiver Krankheitskonzepte und der Persönlichkeit auf Behandlungsergebnisse entsprechen den vermuteten Zusammenhängen unter 1.3.3. Bezüglich der indirekten Effekte wird vermutet, dass starke emotionale Reaktionen auf die Erkrankung, die Annahme eines chronischen und zyklischen Krankheitsverlaufs, die Annahme negativer Krankheitskonsequenzen sowie hohe Werte auf Neurotizismus (vgl. 1.2.12.1) über maladaptive, passive, emotionsfokussierte Stressverarbeitung zu schlechten Behandlungsergebnissen führen (siehe Abbildung 6.1). Ein starker Glaube an den eigenen Einfluss auf die Erkrankung und eine starke Überzeugung von der Behandlungswirksamkeit sowie hohe Ausprägungen auf Extraversion (vgl. 1.2.12.1) sollen hingegen zu aktiver, adaptiver Stressverarbeitung führen und darüber gute Behandlungsergebnisse begünstigen (siehe Abbildung 6.2).

### 1.3.4.2 Behandlungsmotivations- Mediator- Modell

Das Behandlungsmotivations- Mediator- Modell (siehe Abbildung 7) postuliert, dass Annahmen über den eigenen Einfluss auf die Erkrankung und über die Behandlungswirksamkeit sowie Rentenwünsche die Behandlungsmotivation beeinflussen. Eine hohe Ausprägung auf Rentenwünschen reduziert vermutlich die Behandlungsmotivation, während die Überzeugung, dass man selbst Einfluss auf die Erkrankung hat und dass die Behandlung wirksam ist, Behandlungsmotivation fördert (vgl. 1.2.14). Es wird angenommen, dass eine hohe Behandlungsmotivation zu guten Behandlungsergebnissen beiträgt und wenig Behandlungsmotivation therapiehinderlich wirkt. Subjektive Krankheitskonzepte und Rentenwünsche wirken sich vermutlich auch direkt auf die Behandlungsergebnisse aus (vgl. 1.3.3).

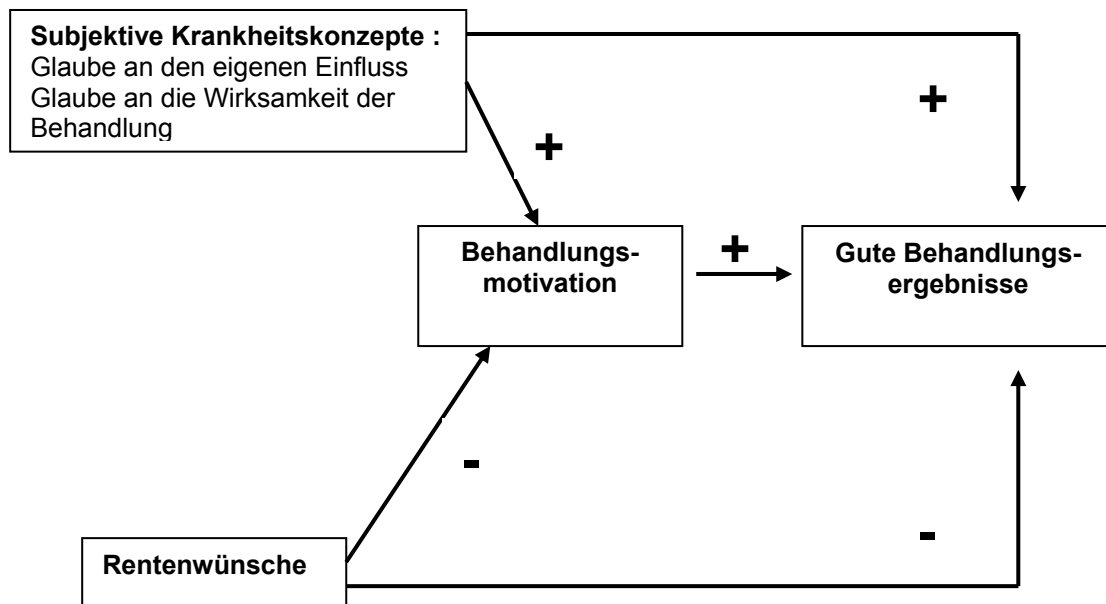


Abbildung 7: Behandlungsmotivations- Mediator- Modell mit Hypothesen (Steigerung = + und Reduktion = -).

### 1.3.4.3 Stress-Modell

Das Stress-Modell (siehe Abbildung 8; 8.1-8.4) ist eine modifizierte Ableitung in Anlehnung an das transaktionale Stress-Modell von Lazarus und Folkman (1984) und an das Stress-Modell von de Jong, van Sonderen und Emmelkamp (1999).



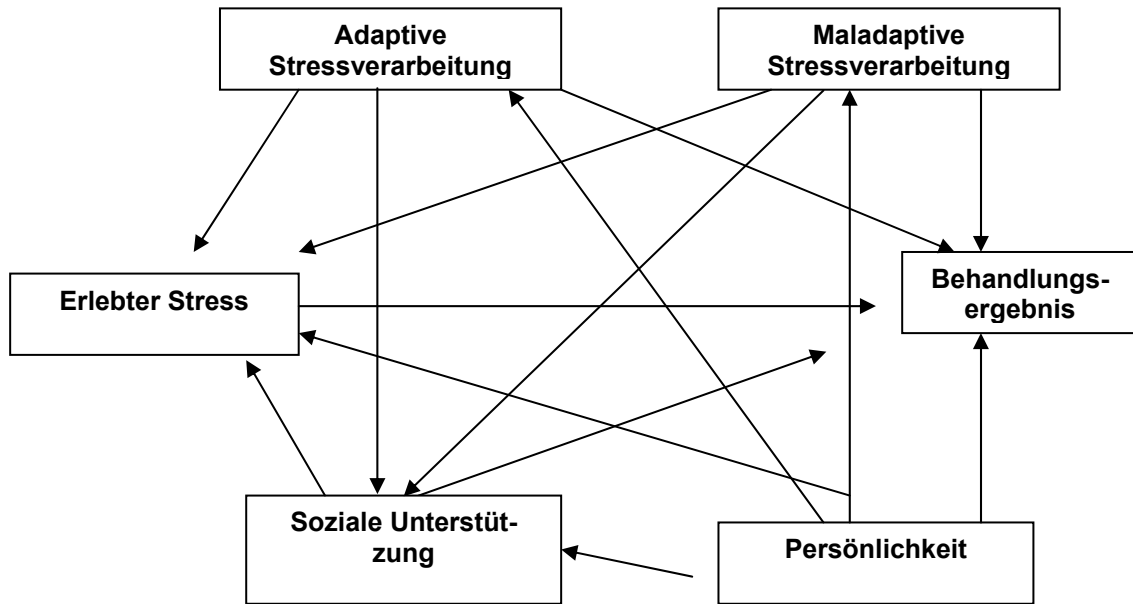


Abbildung 8: Stress-Modell (in Anlehnung an Lazarus & Folkman, 1984; de Jong et al., 1999).

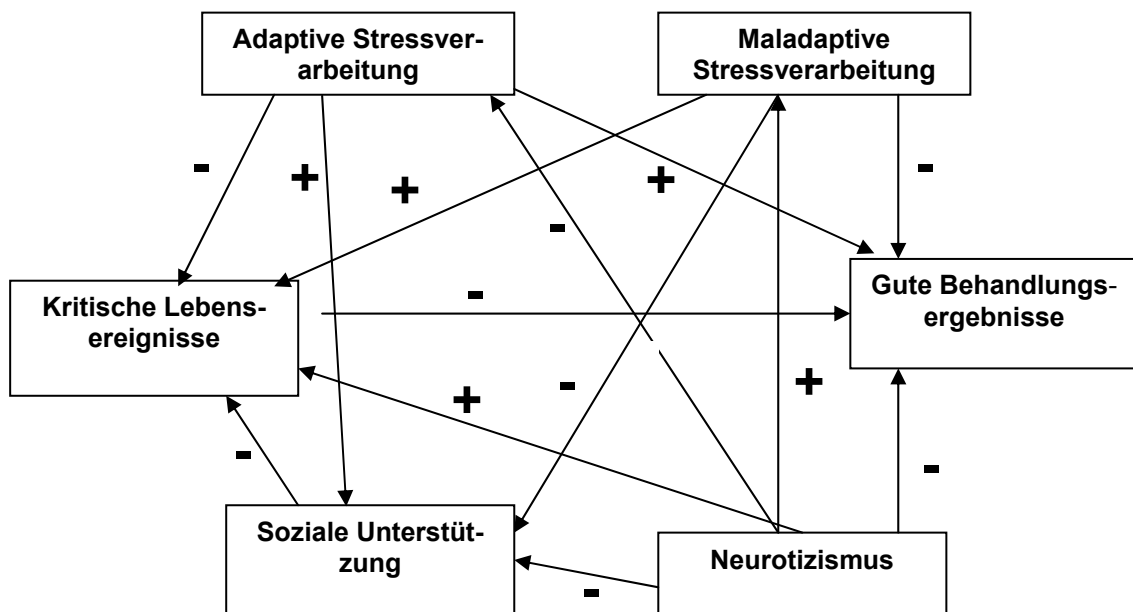


Abbildung 8.1: Stress-Modell mit Hypothesen zur Kombination „Kritische Lebensereignisse und Neurotizismus“ (Steigerung = + und Reduktion = -).

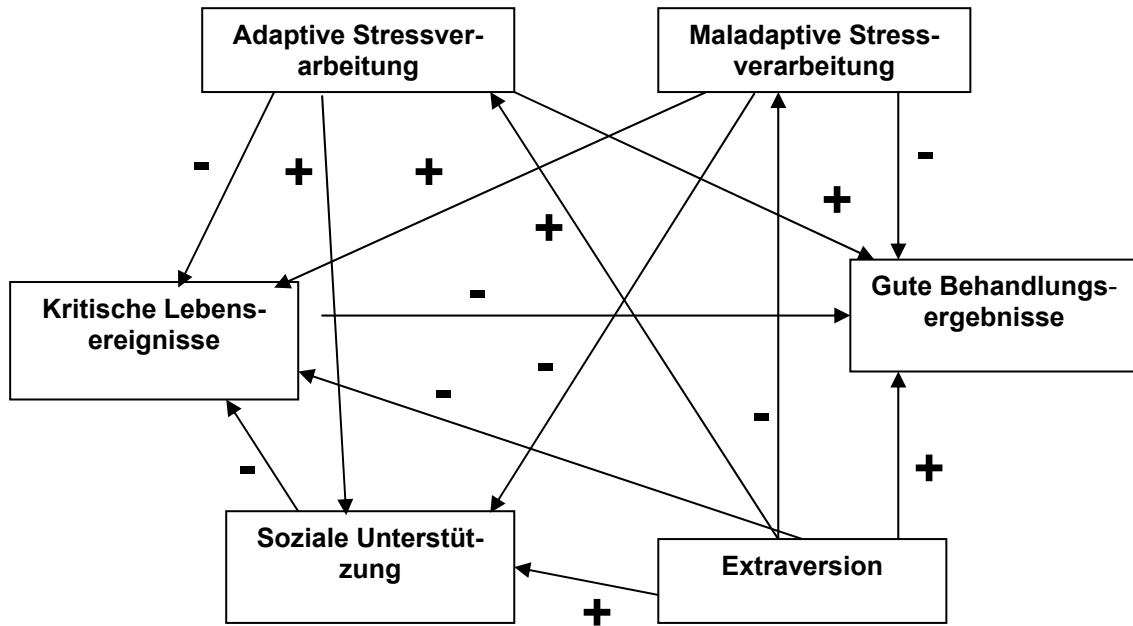


Abbildung 8.2: Stress-Modell mit Hypothesen zur Kombination „Kritische Lebensereignisse und Extraversion“ (Steigerung = + und Reduktion = -).

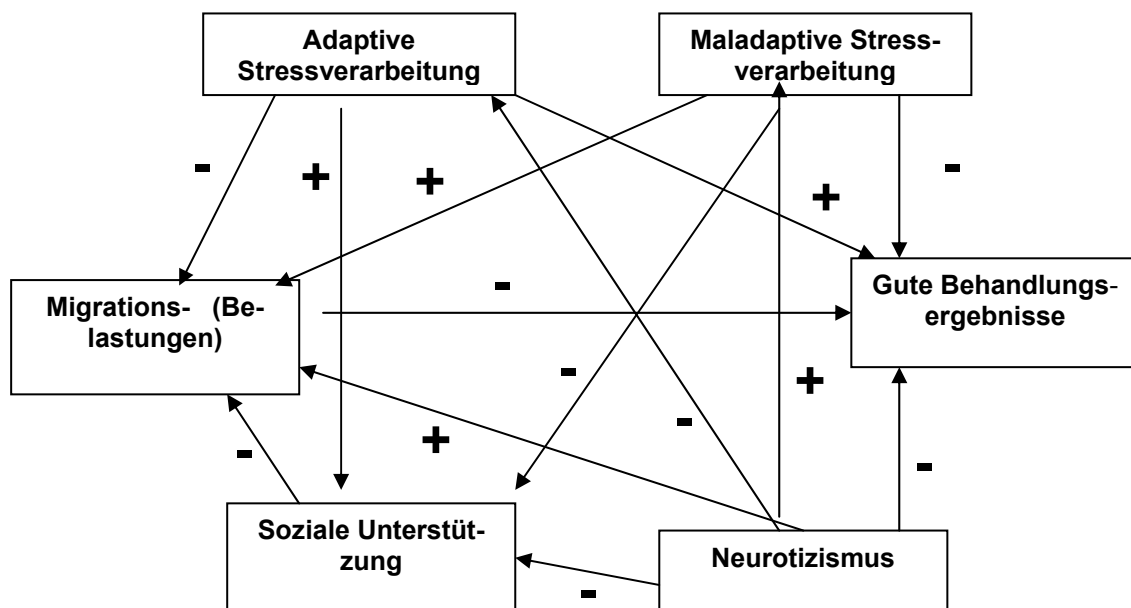


Abbildung 8.3: Stress-Modell mit Hypothesen zur Kombination „Migrations- (Belastungen) und Neurotizismus“ (Steigerung = + und Reduktion = -).

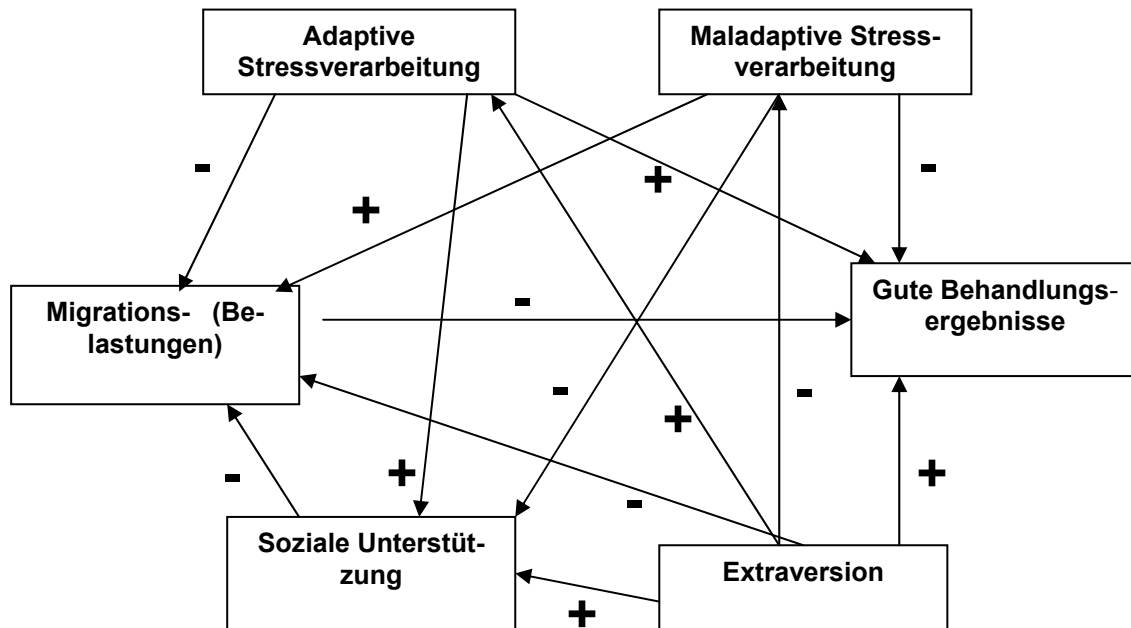


Abbildung 8.4: Stress-Modell mit Hypothesen zur Kombination „Migrations(Belastungen) und Extraversion“ (Steigerung = + und Reduktion = -).

Erlebter Stress (kritische Lebensereignisse oder migrationsassoziierte Belastungen) entfaltet dem Modell zufolge direkte negative Wirkungen auf Behandlungsergebnisse (vgl. 1.2.6.2; 1.2.10.4). Es wird vermutet, dass eine hohe Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung (vgl. 1.2.7.2), starke adaptive Stressverarbeitung (vgl. 1.2.4.4) und Extraversion (vgl. 1.2.5.3 & 1.2.12.2) neben ihrer direkten Wirkung auf Behandlungsergebnisse Stress reduzieren, und damit indirekt positiv zum Behandlungserfolg beitragen, während hohe Ausprägungen auf Neurotizismus (vgl. 1.2.5.3 & 1.2.12.2) und maladaptiver Stressverarbeitung (vgl. 1.2.4.4) sowohl direkt negativ auf das Behandlungsergebnis wirken, als auch indirekt negativ über erlebten Stress. Neurotizismus und maladaptive Stressverarbeitung könnten darüber hinaus über die Reduktion der Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung das Behandlungsergebnis negativ beeinflussen, Extraversion und adaptive Stressverarbeitung hingegen über Förderung sozialer Unterstützung positive Wirkungen haben (vgl. 1.2.12.3; vgl. 1.2.13).

### 1.3.4.4 Akkulturations-Modell

Das Akkulturations-Modell wurde in Anlehnung an das Modell zur Akkulturation von Berry (1992) und an das Stress-Modell (siehe 1.3.4.3) entwickelt (siehe Abbildung 9).

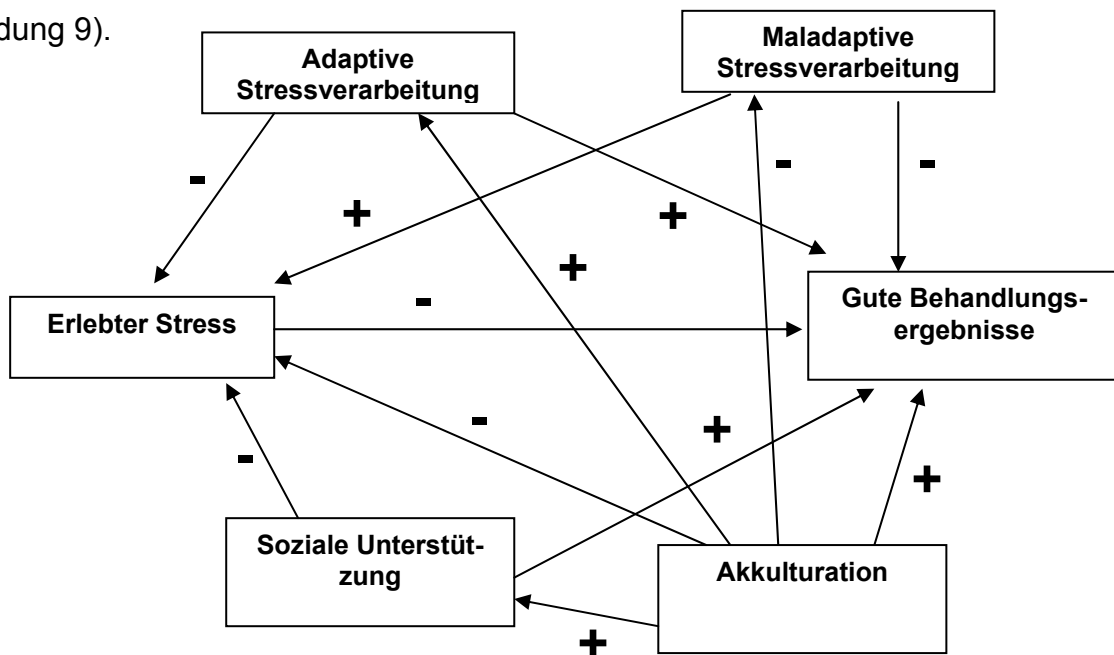


Abbildung 9: Akkulturations-Modell (in Anlehnung an Lazarus & Folkman, 1984; de Jong et al., 1999; Berry, 1992).

Dem Modell zufolge könnte sich Akkulturation direkt positiv auf Behandlungsergebnisse auswirken oder indirekt über die Förderung adaptiver Stressverarbeitung, die Förderung sozialer Unterstützung, das Puffern der Wirkung erlebten Stressses und/ oder über die Reduktion maladaptiver Stressverarbeitung (vgl. 1.2.11.1).

## **2. Methoden**

### **2.1 Design der Studie**

Patienten deutscher und türkischer Herkunft wurden im Rahmen standardisierter muttersprachlicher Interviews von trainierten Studentinnen der Humanmedizin, Psychologie und Sozialwissenschaften sowie von einer türkischen Krankenschwester befragt. Für beide Patientengruppen wurden die gleichen Instrumente in türkischer bzw. deutscher Sprache eingesetzt. Um Interviewereffekte zu vermeiden, wurden nur weibliche Interviewer eingesetzt. Die Untersuchung umfasste ein Erstinterview 1-3 Tage nach stationärer Aufnahme t0 und ein Zweitinterview 1-3 Tage vor der Entlassung t1. Am Aufnahmetag selbst fanden keine Interviews statt, um den Patienten zu ermöglichen, sich an die neue Umgebung in der Klinik zu gewöhnen und sich von der Anreise zu erholen. Am Entlassungstag wurden keine Interviews durchgeführt, da die meisten Patienten bereits vormittags abreisten und man sie nicht länger in der Klinik aufhalten wollte. Um die klinischen Abläufe nicht zu stören, wurden die im Rahmen der klinischen Routine erfassten Daten (niedergelegt in der Basisdokumentation, Arztbriefen und Patientenakten) nach Möglichkeit genutzt. Die zeitliche Belastung für jeden Patienten wurde so gering wie möglich gehalten. Den Patienten wurden bei den geschlossenen Fragen mit vorgegebenen Antwortoptionen visualisierte Skalen der Antwortformate vorgelegt, um ihnen die Beantwortung zu erleichtern (siehe Anhang 1). Beteiligt haben sich die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Gießen und Marburg (Standort Gießen), die Klinik am Südpark in Bad Nauheim sowie das Zentrum für Soziale Psychiatrie ZSP in Marburg.

### **2.2 Ablauf der Studie**

Der Studienablauf gliederte sich in 3 Phasen: Rekrutierung und Training der Interviewerinnen, Pilottestphase und Haupterhebungsphase.

#### **2.2.1 Rekrutierung und Training der Interviewerinnen**

Die erste Interviewerrekrutierung erfolgte im Juni/Juli 2004. Dazu wurden an den Fachbereichen "Medizin", "Psychologie" und "Sozialwissenschaften" der Justus-Liebig-Universität Gießen und der Philipps-Universität Marburg Aushänge angebracht sowie Zeitungsannoncen im Marburger Express in Marburg und Gießen aufgegeben. Ein Exemplar der Aushänge und der Text der Zeitungsannonce be-

finden sich im Anhang 2. Im Laufe der Studie wurden in regelmäßigen Zeitabständen immer wieder neue Interviewerinnen rekrutiert, da die meisten im letzten Abschnitt ihrer Ausbildung waren und berufsbedingt nicht während der gesamten mehrjährigen Erhebungsphase mitwirken konnten. Zur Vorbereitung der Interviewer fanden regelmäßig Interviewtrainings statt. Das Interviewtraining wurde von 2 psychologisch-medizinisch erfahrenen Mitarbeiterinnen der Arbeitsgruppe Versorgungsforschung/ Sozialpsychiatrie durchgeführt. Im ersten Trainingsabschnitt wurden anhand eines multimedialen Vortrages interviewbezogene Grundkenntnisse vermittelt. Dabei wurden Themen wie Definition und Klassifikation unterschiedlicher Interviewtypen, Standardisierung von Interviews, Interviewereffekte, Antwortverzerrungen der Befragten sowie allgemeine Regeln zur Interviewdurchführung beim Stellen der Fragen, Registrieren der Antworten und in Problemsituationen behandelt. Die im Rahmen der Interviews eingesetzten Erhebungsinventare wurden inhaltlich und formal erklärt und spezifische Regeln zur Interviewdurchführung in Bezug auf die jeweiligen Erhebungsinventare vermittelt. Im zweiten Trainingsabschnitt wurden die Interviews in Rollenspielen praktisch erprobt, wobei einer die Rolle des befragten Patienten übernahm und der andere die Rolle des Interviewers. Die Interviewdurchführung wurde unter Supervision der Trainingsveranstalter auf deutsch und auf türkisch mit zwischenzeitlichem Rollenwechsel geübt. Dabei auftretende Probleme oder Besonderheiten wurden anschließend aufgegriffen und diskutiert. Alle Interviewer bekamen im Anschluss an das Training ein von der Arbeitsgruppe Versorgungsforschung/ Sozialpsychiatrie entwickeltes Trainingsmanual (siehe Anhang 3).

### **2.2.2 Pilottestphase**

Zwischen November 2004 und Januar 2005 fand eine Pilottestphase statt, in der der Versuchsablauf an einer Stichprobe von insgesamt 29 Patienten aus den 3 beteiligten Kliniken simuliert wurde. Zweck dieser Phase bestand darin, die praktische Durchführbarkeit der Studie, die Verständlichkeit und Akzeptanz der Erhebungsinstrumente und die Dauer der Befragung zu überprüfen, um vor der Haupterhebungsphase gegebenenfalls Modifikationen vornehmen zu können. Außerdem sollten erste Ergebnisse zu Unterschieden zwischen türkischen und deutschen Patienten bezüglich krankheitsrelevanter Konstrukte dargestellt werden. Bei der Durchführung der Studie traten keine Probleme auf. Alle Instrumente

des Erhebungsinventars waren praktisch einsetzbar, fast alle Fragen wurden von den Patienten verstanden und akzeptiert. Dementsprechend waren nur vereinzelt Modifikationen der Fragebögen erforderlich. Ein projektbezogener Ethikantrag wurde am 18.11.2004 von der Ethik-Kommission am Fachbereich Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen genehmigt.

### **2.2.3 Haupterhebungsphase**

Die Haupterhebungsphase fand in dem Zeitraum zwischen Februar 2005- Juni 2007 statt. Zunächst wurden die den Ein- und Ausschlusskriterien entsprechenden Patienten von ihren behandelnden Ärzten in einem persönlichen Gespräch über die Studie informiert. Bei schriftlich informiertem Einverständnis der Patienten wurde ein Befragungstermin in einem Zeitraum 1-3 Tage nach dem Aufnahmetag in die Klinik vereinbart. In Einzelfällen, bei denen aufgrund mangelnder Zeit oder zu starker Beeinträchtigung des Patienten ein Interview in diesem Zeitraum nicht realisierbar war, wurde es auf den 4. oder 5. Tag nach dem Anreisetag verlegt. Die Patienten wurden über die Ziele, den Ablauf und die Inhalte der Interviews mündlich und schriftlich informiert (siehe Informationsblatt im Anhang 4). Sie konnten jederzeit ohne Konsequenzen die Befragung von sich aus abbrechen (siehe Einverständniserklärung im Anhang 5). Angaben zur Soziodemographie und zu Krankheitsmerkmalen wurden vor Beginn des ersten Interviews den Patientenakten, Arztbriefen und/ oder der Basisdokumentation entnommen. Das erste Interview dauerte im Durchschnitt 2 – 3 Stunden. Während des Interviews konnten die Patienten kurze Erholungspausen einlegen. Nach dem Interview wurde die Vollständigkeit der Beantwortung überprüft und der behandelnde Arzt schätzte die jeweiligen Patienten mittels Fragebogen ein. Wenn der jeweilige Arzt nicht vor Ort war, wurde der Fragebogen in seinem Ablagefach im Stationszimmer hinterlassen. Zur Durchführung des zweiten Interviews wurden der Projektleiterin zur Terminvereinbarung rechtzeitig die Entlassungstermine der inkludierten Patienten gemeldet. Vor Beginn des zweiten Interviews wurden die Patientenakten zum zweiten Mal durchgeschaut, um Veränderungen der Diagnosen und der Behandlung zu notieren. Das zweite Interview dauerte im Durchschnitt 1-2 Stunden. Nach dem Interview wurde die Vollständigkeit der Beantwortung überprüft und der Arzteinschätzungs- Fragebogen des jeweiligen Patienten beim behandelnden Arzt hinterlassen (siehe Anhang 6).

Pro Patient gab es eine Mappe, die alle Fragebögen (Selbst- und Arzteinschätzungen) für den ersten und zweiten Messzeitpunkt enthielt. Die Mappen waren durchnummeriert und wurden in verschlossenen Schränken in den jeweiligen Kliniken aufbewahrt. Die Zuordnung der Patientennamen zu den Mappenummern wurde in separaten Listen aufgeführt. Die Mappen der beiden auswärtigen Kliniken (Klinik am Südpark und Zentrum für Soziale Psychiatrie) wurden in regelmäßigen Abständen von der Projektleiterin oder Interviewern zur Dateneingabe nach Gießen transportiert.

## **2.3 Stichprobe**

### **2.3.1 Zusammensetzung der Stichprobe**

Die Auswahl der Inklusionsdiagnosen „Koronare Herzerkrankungen (I20-I25), Schizophrenie, explorativ (F2), depressive Störungen (F3) sowie neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4)“ richtete sich zum einen nach der Verfügbarkeit von Patienten in den drei beteiligten Kliniken und zum anderen nach Krankheitsprävalenzen der Grundgesamtheit türkischer Migranten in Deutschland. So überwiegen bei psychischen Störungen in der Allgemeinpraxis Diagnosen aus dem Kapitel F3 (**Affektive Störungen**) und F4 (**Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen**) der ICD-10 (Haasen, Boyali, Yagdiran & Krausz, 2000). Im Vergleich zu Deutschen treten bei Personen türkischer Herkunft häufiger Erkrankungen des Bewegungsapparates, **des Herz-Kreislauf-Systems**, des Gastrointestinaltraktes und **psychosomatische Störungen** auf (Heim, 2004; Bilgin et al., 2003). Im psychiatrischen Bereich weisen türkische Patienten eine **erhöhte Schizophrenie-Rate** auf (siehe Tabelle 9 & 10, Hartkamp, Koch, Schouler-Ocak, Schepker, & Wolfersdorf, 2004).



Tabelle 9: Stichprobenmerkmale von Migranten in der Psychiatrie

Einrichtung	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Hamburg	Zentrum für Psychiatrie Frankfurt
Zeitraum	1993-1995	1992
Zielgruppe	Migranten	Migranten
Ziel/ Methode	Bestimmung der Prävalenz psychischer Störungen/ Aktenanalyse	Analyse der Nationalitäten und des Diagnosespektrums/ Aktenanalyse
n	408	283
Anteil Migranten	9,1% (alle Migranten) 19,8% (türkische Migranten)	15,7% (alle Migranten) 17,7% (türkische Migranten)
Alter	34 (Mittel)	20-30 Jahre: 31% 40-50 Jahre: 25%
Frauen: Männer (%)	43:57 (Türken)	40:60 (alle Migranten)
Diagnosen	F2: 50%; F4: 13% F1: 12%; F3: 10%	F2: 46%; F1: 16% F3: 11%; F4: 6%
Quelle	Lambert, Haasen, Yagdiran & Krausz (1998)	Holzmann et al. (1994)

Tabelle 10: Stichprobenmerkmale von türkischen Migranten in der Psychosomatik

Einrichtung	Psychosomatische Fachklinik Hochsauerland	Segeberger Kliniken	Michael-Balint-Klinik
Zeitraum	1996-1997	1997-1998	2000-2001
Ziel/Methode	Weiterentwicklung eines psychosomatischen Reha-konzeptes für türkische Migranten/ halbstrukturierter Fragebogen	Beschreibung der Stichprobe türkischer Migranten/ retrospektive Aktenanalyse	Beschreibung der Stichprobe türkischer Migranten/ EDV-gestützte Aktenanalyse
n	79	184	68
Alter	46 (Mittel)	35-44 Jahre: 25% 45-54 Jahre: 46%	
Frauen: Männer (%)	65:35	58:42	63:37
Diagnosen	F3 F45 (F45.4: 71%)	F45: 60% F3: 36%	F3: 50% F40, 41: 14,7 % F45: 13,2 %
Quelle	Glier et al. (2001); Rodewig (2000)	Schmeling-Kludas et al. (2002); Schmeling-Kludas, Fröschlin & Boll-Klatt (2003)	Kizilhan (2001)

### 2.3.2 Bestimmung der notwendigen Stichprobengrößen

Zur Bestimmung der für die Fragestellungen nötigen Stichprobengrößen wurden zum einen mit dem Programm G-Power (Erdfelder, Faul & Buchner, 1996) Poweranalysen durchgeführt. Der Begriff "Power" bezieht sich in diesem Zusammenhang auf die Wahrscheinlichkeit, eine richtige Entscheidung zu treffen. Die Power hängt von 3 statistischen Kennwerten ab: dem Fehler I. Art (Zurückweisen der Nullhypothese, obwohl sie stimmt), der Stichprobengröße (n) und der Effektstärke (Mittelwertsunterschiede zwischen Gruppen in Standardabweichungseinheiten). Mit Hilfe des Programms kann man a priori berechnen, wie viele Probanden pro Gruppe für bestimmte Berechnungen notwendig sind, um mittlere Effektstärken zu erreichen. Bei a-priori – Analysen mittels G-Power werden folgende Parameter festgelegt, um die Stichprobengröße n bestimmen zu können: Effektstärke (klein, mittel oder groß), Alphaniveau (Fehler I. Art) und Powerwerte (Erdfelder et al., 1996). So braucht man bei Berechnung einfacher Mittelwertsunterschiede beim Vorliegen von 2x2 Gruppen (Türken vs. Deutsche/ psychiatrisch vs. KHK) mindestens 200 Personen, bei Berechnung multipler Regressionen für die Frage der Prädiktion der Behandlungsergebnisse mindestens 300 Personen, um mittlere Effekte erzielen zu können. Zum anderen wurde anhand der theoretisch abgeleiteten Pfadmodelle die Anzahl frei zu schätzender Parameter geschätzt, die zwischen 10-15 lagen. Um das Verhältnis 1:10 (Anzahl der zu schätzenden Parameter: Stichprobengröße) zu erfüllen, ist demgemäß ein Stichprobenumfang von n= 100-150 pro Gruppe erforderlich (Kline, 2005).

### 2.3.3 Merkmale der Stichprobe

Die Stichprobe umfasste türkische Patienten, zu denen deutsche Patienten als Kontrollgruppe bezüglich Alter, Geschlecht, Diagnose und Behandlungsort parallelisiert wurden. Inkludiert wurden Patienten mit koronaren Herzerkrankungen (I20-25), depressiven Erkrankungen (F32-F38) somatoformen Störungen (F45), Belastungsstörungen (F43), Neurasthenie (F48.0) und Schizophrenien (F2) nach ICD-10 (WHO, 1993), wobei letzere Gruppe nur explorativ erhoben werden sollte. Die türkische Stichprobe umfasste Türken, die selbst migriert sind sowie als zweite Generation in Deutschland geborene Türken, deren Eltern migriert sind. Die deutsche Sprachkompetenz spielte für die Inklusion keine Rolle, da die türkischen Patienten entscheiden konnten, in welcher Sprache die Befragung stattfindet.

den sollte. Die Patienten waren alle volljährig und wurden zu Beginn der Therapie stationär behandelt. Ausgeschlossen wurden Patienten, die eine Intelligenzmin- derung aufwiesen (F7), organisch bedingte psychische Störungen hatten (F0) oder/ und nicht befragungsfähig waren.

## **2.4 Erhebungsinstrumente**

Zur Zusammenstellung des Erhebungsinventars wurden zahlreiche Literaturre- cherchen durchgeführt. In regelmäßigen Abständen fanden Treffen mit den an der Studie beteiligten Kooperationspartnern statt, in denen die Instrumente unter inhaltlichen und praktikablen Gesichtspunkten diskutiert wurden. An den Pla- nungs- und Organisationstreffen nahmen türkische Mitarbeiter der jeweiligen Kli- niken teil, die durch ihr kulturspezifisches Wissen eine Bereicherung für die Fra- gebogenerstellung darstellten. Neben der Erstellung eigener Fragebögen wurden soweit wie möglich bereits existierende empirisch validierte Skalen eingesetzt. Einige der Erhebungsinstrumente lagen lediglich auf deutsch vor und wurden im Rahmen der wissenschaftlichen Vorwärts-Rückwärts-Übersetzungs-Prozedur ins Türkische überführt (Maxwell, 1996; Hambleton & Patsula, 1999; van de Vijver & Hambleton, 1996). In Tabelle 11 ist ein Überblick über die für die Fragestellungen der vorliegenden Arbeit relevanten Erhebungsinstrumente mit jeweiligen Zieldi- mensionen. In Tabelle 12 sind die Instrumente aufgeführt, die im Laufe der Stu- die im Rahmen anderer Fragestellungen, welche sich aus Zwischenauswertun- gen ergaben und in Semesterarbeiten bearbeitet wurden, aufgenommen worden sind. Eine genaue Beschreibung dieser Instrumente erfolgt nicht, einige von ih- nen werden jedoch bei der Diskussion der Ergebnisse berücksichtigt. Die In- strumente in Tabelle 12 wurden alle von der AG Versorgungsforschung/ Sozial- psychiatrie ins Türkische übersetzt. Da sie an das Ende des Erhebungsinventars angehängt wurden, wird kein Einfluss auf die Bearbeitung vorheriger Fragebögen angenommen.

Tabelle 11: Überblick über die Erhebungsinstrumente mit Zieldimension

Erhebungsinstrument	Zieldimension
<b>Krankeitrelevante Faktoren</b>	
<b>Fragebogen zur Soziodemographie und Krankheitsmerkmalen</b> (türkische Version: eigene Übersetzung)	Soziodemographie, Compliance
<b>IPQ-R</b> (Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron & Buick, 2002) (türkische Version: unveröffentlichte Diplomarbeit, Hayek-Ouassini, 2005 und eigene Übersetzung)	Subjektive Krankheitskonzepte
<b>SOMS</b> (Rief, Hiller & Heuser, 1997) (türkische Version: Hayek-Ouassini, 2005 und eigene Übersetzung)	Somatisierung
<b>FRAKK</b> (Bongard, Pogge, Arslaner, Rohrmann & Hodapp, 2002)	Akkulturation
<b>MSPSS</b> (Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988; Eker & Arkar, 1995; deutsche Version: eigene Übersetzung)	Soziale Unterstützung
<b>SVF78</b> (Janke, Erdmann & Kallus, 2002)	Stressverarbeitung
<b>NEO-FFI</b> (Borkenau & Ostendorf, 1993; türkische Version zusammengestellt aus NEO-PIR von Gülgöz, 2002)	Persönlichkeit
<b>Fragebogen zu Migrationsbelastungen</b> (türkische Version: eigene Übersetzung)	Migrationsassoziierte Belastungen
<b>Ereignisliste</b> (Filipp, 2002) (türkische Version: eigene Übersetzung)	Kritische Lebensereignisse
<b>PAREMO/</b> Skalenauswahl (Hafen, Jastrebow, Nübling & Bengel, 2001) (türkische Version: eigene Übersetzung)	Behandlungsmotivation
<b>SPE-Skala</b> (Mittag et al., 2003) (türkische Version: eigene Übersetzung)	Rentenwunsch
<b>Beschwerdebogen</b> (türkische Version: eigene Übersetzung)	Häufigkeit, Schwere & Beeinträchtigung bzgl. des Leidens
<b>Indikatoren des Behandlungsergebnisses</b>	
<b>BSI</b> (Franke, 2000, 1997; Dağ, 1991)	Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptomatik
<b>WHOQOL-BREF</b> (Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000; Fidaner, Elbi, Fidaner, Eser, Eser & Göker, 1999)	Subjektive Lebensqualität
<b>ZUF-3</b> (Spießl, Krischker, Spindler, Cording & Klein, 1996) (türkische Version: eigene Übersetzung)	Behandlungszufriedenheit
<b>EQ-5D</b> (von der Schulenburg, Claes, Greiner, & Uber, 1998) (türkische Version: eigene Übersetzung)	Gesundheitsbezogene Lebensqualität
<b>CGI</b> (National Institute of Mental Health, 1970)	Schwere der Erkrankung
<b>GAF</b> (Saß, Wittchen & Zaudig, 1996)	Globales Funktionsniveau
<b>BSS</b> (Schepank, 1995)	Beeinträchtigungsschwere
<b>KHK-P-Bogen</b> (türkische Version: eigene Übersetzung)	Beinträchtigung durch koronare Herzerkrankung
<b>KHK-A-Bogen</b>	Schweregrad der KHK, Risikofaktoren et.
<b>KHK-Bogen-Akte</b>	Blutdruck, Zucker, EKG-Befunde

Tabelle 12: Überblick über die zusätzlichen Erhebungsinstrumente mit jeweiligen Zieldimensionen

Erhebungsinstrument	Zieldimension
CAN Camberwell Assessment of Need (Kilian, Bernert, Matschinger, Mory, Roick & Angermeyer, 2001)	Psychiatrischer Behandlungsbedarf und psychosozialer Versorgungsbedarf
CSSRI Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory (Roick, Kilian, Matschinger, Bernert, Mory & Angermeyer, 2001)	Serviceinanspruchnahme, Schätzung der Versorgungskosten
SSAS Somatosensory Amplification Scale (Barsky, Goodson, Lane & Cleary, 1988; Barsky, Wyshak & Klerman, 1990)	Körperliche Aufmerksamkeit
WI Whiteley Index (Rief, Hiller, Geissner & Fichter, 1994)	Hypochondrie
SDS-CM: Itemauswahl (Lück & Timaeus, 1969)	Soziale Erwünschtheit
HHI Hypochondrie-Hysterie-Inventar: Itemauswahl (Süllwold, 1995)	Hysteroide Persönlichkeitstendenzen
PAREMO (Hafen et al., 2001)	Sekundärer Krankheitsgewinn
Fragebogen zu Inanspruchnahmebarrieren, krankheitsbezogenen Erwartungen und Behandlungsbewertungen	Barrieren der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen & Bewertung der Behandlung
Fragebogen zum Abhängigkeits-/ Versorgungsbedürfnis	Abhängigkeitsbedürfnisse bzgl. Staat und Familie

#### 2.4.1 Fragebogen zur Soziodemographie und Krankheitsmerkmalen

Der Fragebogen zur Soziodemographie und Krankheitsmerkmalen wurde selbst entwickelt. Er umfasst Fragen zur Biographie, Soziodemographie, zum sozialen Netzwerk, zu Krankheitsmerkmalen und zur Behandlung des Patienten. Die in dem Fragebogen inkludierte Erfassung des Rentenwunsches erfolgte mit der Skala zur subjektiven Prognose der Erwerbsfähigkeit (SPE-Skala) von Mittag und Mitarbeitern (2003), die hoch prädiktiv für vorzeitige Rentenantragstellung bzw. (Früh-) Berentung ist (Mittag et al., 2003). Der Fragebogen wurde auf beide Messzeitpunkte aufgeteilt. Zwei Teile beziehen sich auf die Patientenbefragung, ein Abschnitt dient der Fremdeinschätzung der Compliance durch die Ärzte. Alle Versionen des GEKS sind im Anhang 7 zu finden.

### 2.4.2 Illness Perception Questionnaire IPQ-R (Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron & Buick, 2002; Gaab, Bunschotten, Sprott & Ehler, 2004)

Das Illness Perception Questionnaire-R (IPQ-R) dient der Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte. Es besteht aus folgenden Subskalen:

- **"Identität"**: Liste mit körperlichen Symptomen: Wurden die Symptome erlebt (erlebte Identität) und werden sie durch die jeweilige Krankheit verursacht (verursachte Identität)?
- **"Krankheitsursachen"**: Persönliche Annahmen über die Ursachen der Erkrankung
- **„Chronischer Verlauf“**: Persönliche Annahmen über den Zeitverlauf der Erkrankung (Kategorien: akut/kurzdauernd/ chronisch)
- **"Zyklischer Verlauf"**: Persönliche Annahmen über den Zeitverlauf der Erkrankung (Kategorien: zyklisch/periodisch)
- **"Negative Konsequenzen"**: Überzeugung über die Krankheitsstärke und den Einfluss auf das physische, soziale und psychische Funktionsniveau
- **"Persönlicher Einfluss"**: Persönliche Überzeugung über den eigenen Einfluss auf die Erkrankung.
- **"Behandlungswirksamkeit"**: Persönliche Überzeugung über die Wirksamkeit der Behandlung.
- **"Emotionale Reaktionen"**: Art der Gefühle, die die Krankheit beim Patienten auslöst.
- **"Kohärenz"**: Krankheitsverständnis

Das fünfstufige Antwortformat der Skalen geht von "stimmt überhaupt nicht" bis "stimmt voll und ganz". Für alle Subskalen konnten gute interne Konsistenzen berechnet werden (Range: .79-.89); die Retest-Reliabilitäten lagen alle bei über .50. Die divergente Validität gilt als bestätigt und einige der Skalen sind prädiktiv valide (siehe Moss-Morris et al., 2002). Die Gütekriterien der deutschen Version, die in einer Untersuchung an 96 Patienten mit somatoformen Störungen bestimmt wurden, sind ebenfalls gut. So liegt Cronbach`s Alpha je nach Skala zwischen .66-.86. Auch Konstruktvalidität wurde durch eine faktorenanalytische Replizierung der Skalenstruktur nachgewiesen (Gaab et al., 2004). Die türkische Version des IPQ-R stammt aus einer nicht publizierten Diplomarbeit (Hayek-Ouassini, 2005).

Einer eigenen Modifikation (im folgenden IPQ-R-GI genannt) wurde in der Sektion "Krankheitsursachen" Items hinzugefügt, die bei Fragen zu subjektiven Krankheitskonzepten typischerweise von türkischen Patienten genannt werden, um den sehr „westlich“ orientierten Fragebogen an die türkische Stichprobe zu adaptieren. Um qualitative Informationen zu gewinnen, wurden jeder Skala offene Fragen angefügt, bei denen der Patient die Möglichkeit hatte, ihm wichtige, fehlende Bereiche anzusprechen. Die adaptierte deutsche und türkische Version (der IPQ-R-GI) befinden sich im Anhang 8.

### **2.4.3 Screening für somatoforme Störungen SOMS (Rief, Hiller & Heuser, 1997)**

Das Screening für somatoforme Störungen (SOMS) dient der Klassifikation, Quantifizierung sowie Verlaufsbeschreibung somatoformer Störungen. Berücksichtigt werden die Kriterien der Somatisierungsstörung nach DSM-IV (Saß, Wittchen & Zaudig, 1996) und ICD-10 (WHO, 1993). Zu einem wird ihr Vorhandensein in den vergangenen 2 Jahren abgefragt, zum anderen das Vorliegen anderer somatoformer Störungen (z.B. hypochondrische Störung, anhaltende somatoforme Schmerzstörung). Einige Items zur Sexualität wurden aus Angst vor unehrlichen Antworten oder Interviewabbruch durch Kränkung bei türkischen Männern ausgelassen. Es lassen sich unterschiedliche Indizes berechnen: Beschwerdeindex Somatisierung BI, Somatisierungsindex DSM-IV, Somatisierungsindex ICD-10 und der SAD-Index ICD-10 (SAD= somatoform autonomic dysfunction) (Rief et al., 1997). Der Beschwerdeindex zeigt eine sehr gute interne Konsistenz mit einem Cronbachs Alpha von .88; Cronbachs Alpha der anderen Somatisierungsindizes liegt zwischen .73 und .79. Der Beschwerdeindex weist darüber hinaus in einem Zeitintervall von 3 Tagen eine hohe Retest-Reliabilität von .87 auf. Eine gute konvergente und diskriminante Validität des SOMS wurde ebenfalls bestätigt (Rief et al., 1997). Die türkische Version des SOMS stammt aus einer nicht publizierten Diplomarbeit (Hayek-Ouassini, 2005). Im Anhang 9 befinden sich die türkische und deutsche Version des Fragebogens.

### **2.4.4 Frankfurter Akkulturationsskala FRAKK (Bongard, Pogge, Arslaner, Rohrmann & Hodapp, 2002)**

Die Frankfurter Akkulturationsskala (FRAKK, siehe Anhang 10) erfasst mit 15 Items das Ausmaß der kulturellen Anpassung in Deutschland. Die Fragen bezie-

hen sich u. a. auf das Vorhandensein deutscher Freunde, die Nutzung deutscher Medien, die Benutzung der Muttersprache und die Wichtigkeit der eigenen Religion. Das fünfstufige Antwortformat geht von "trifft überhaupt nicht zu" bis "trifft absolut zu". Faktorenanalysen der FRAKK bestätigen die Ein-Faktor-Struktur des Instruments. Cronbachs Alpha liegt bei .83 und indiziert eine gute interne Konsistenz (Bongard et al., 2002).

#### **2.4.5 Multidimensional Scale of Perceived Social Support MSPSS (Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988; Eker & Akar, 1995)**

Die "Multidimensional Scale of Perceived Social Support" (MSPSS) erfasst mit ihren 12 Items die vom Patienten wahrgenommene soziale Unterstützung durch **"Freunde"**, **"Familie"** und **"bedeutsame andere"**. Das siebenstufige Antwortformat reicht von "stimme überhaupt nicht zu" bis "stimme voll und ganz zu". Die Skalen der englischen Version von Zimet und Mitarbeitern (1988) weisen sehr gute interne Konsistenzen (Cronbachs Alpha) von .85-.91 und gute Retest-Reliabilitäten zwischen .72 und .85 auf. Sie sind konstruktvalide und die 3-Faktoren-Struktur konnte bestätigt werden (Zimet et al., 1988). Die türkische Version der MSPSS weist ebenfalls gute interne Konsistenzen (Cronbachs Alpha) auf: .77-.92 (Eker & Arkar, 1995) oder in einer anderen Studie .80-.95 (Eker, Arkar & Yaldiz, 2000) Auch hier bestätigt sich die 3 Faktoren-Struktur. Konvergente Validität ergab sich durch die positiven Korrelationen mit anderen Skalen zu sozialer Unterstützung, divergente Validität durch negative Zusammenhänge mit Symptomchecklisten (Eker & Arkar, 1995; Eker, et al., 2000). Die deutsche und türkische Version der MSPSS sind im Anhang 11 aufgeführt.

#### **2.4.6 Stressverarbeitungsfragebogen SVF-78 (Janke, Erdmann & Kallus, 2002)**

Der Stressverarbeitungsfragebogen SVF-78 besteht aus 13 Subskalen: **Ablenkung von Situationen, Reaktionskontrolle, Bedürfnis nach sozialer Unterstützung, Resignation, Schuldabwehr, gedankliche Weiterbeschäftigung, Selbstbeschuldigung, Situationskontrolle, Fluchttendenz, positive Selbstinstruktion, Vermeidung, Herunterspielen durch Vergleich mit anderen** und **Ersatzbefriedigung**. Jede Skala umfasst 6 Items. Es wurde die krankheitsspezifische Variante des SVF-78 benutzt, die sich lediglich durch den Einleitungssatz



von der allgemeinen Variante unterscheidet. Der Patient soll auf einer 5-stufigen Skala von "gar nicht" bis "sehr wahrscheinlich" einstufen, inwieweit er die genannten Strategien zeigt, wenn er durch seine Krankheit beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden ist. Eine offene Frage zu weiteren Reaktionsmöglichkeiten wurde hinzugefügt, um eventuell nicht aufgeführte Strategien zu erfassen. Die internen Konsistenzen (Cronbachs Alpha) der Subtests sind mit einem Range zwischen .66 -.96 gut bis sehr gut. Auch die Retestreliabilitäten der einzelnen Skalen in einem Zeitabstand von 4 Wochen sind gut (Range: .69-.86) (Janke, Erdmann & Kallus, 2002; Ising, Weyers, Janke & Erdmann, 2001). Es zeigt sich die gleiche Faktorenstruktur wie beim SVF-120 (Ising et al., 2001). Konstrukt- und Vorhersagevalidität des SVF-78 liegen vor (Janke, Erdmann & Kallus, 2002). Im Anhang 12 befinden sich die deutsche und türkische Version des SVF-78.

#### **2.4.7 NEO Fünf-Faktoren-Inventar NEO-FFI (Borkenau & Ostendorf, 1993; Gülgöz, 2002)**

Zur Erfassung der Persönlichkeit wird das NEO Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI) herangezogen, das folgende fünf Faktoren umfasst:

- **Neurotizismus:** Nervosität, Ängstlichkeit, Traurigkeit, Unsicherheit, Verlegenheit, Gesundheitssorgen, Neigung zu unrealistischen Ideen, geringe Fähigkeit der Bedürfniskontrolle und der angemessenen Reaktion auf Stresssituationen
- **Extraversion:** Geselligkeit, Aktivität, Gesprächigkeit, Personen-Orientiertheit, Herzlichkeit, Optimismus, Heiterkeit, Mögen von Anregungen und Aufregungen
- **Offenheit für Erfahrung:** hohe Wertschätzung für neue Erfahrungen, Bevorzugung von Abwechslung, Wissbegier, Kreativität, Phantasie, viele kulturelle Interessen, Interesse an öffentlichen Ereignissen
- **Verträglichkeit:** Altruismus, Mitgefühl, Verständnis, Wohlwollen, Neigung zu zwischenmenschlichem Vertrauen, Kooperativität, Nachgiebigkeit, starkes Harmoniebedürfnis
- **Gewissenhaftigkeit:** Ordentlichkeit, Zuverlässigkeit, harte Arbeit, Disziplin, Pünktlichkeit, Ehrgeiz, systematisches Arbeiten

Der Fragebogen umfasst 60 Items mit je 12 Items für jeden der 5 Merkmalsbereiche. Die Patienten sollen Aussagen auf einer 5-stufigen Skala von "starke Ablehnung" bis "starke Zustimmung" bewerten. Interkorrelationen der Skalen zeigen

einen negativen Zusammenhang zwischen Neurotizismus und Extraversion sowie zwischen Neurotizismus und Gewissenhaftigkeit. Die internen Konsistenzen (Cronbachs Alpha) sind mit einem Range zwischen .71-.85 gut, die Retest-Reliabilitäten liegen zwischen .65-.81 (Borkenau & Ostendorf, 1993). Der NEO-FFI ist konstruktvalide (Körner, Geyer & Brähler, 2002). Sowohl die deutsche als auch die türkische Version des NEO-FFI sind im Anhang 13 einsehbar.

#### **2.4.8 Fragebogen zu Migrationsbelastungen/ Belastungen**

Um migrationsassoziierte Belastungen zu erfassen, wurde ein Fragebogen entwickelt. Dazu trugen ausführliche Literaturrecherchen zum Thema "Migration und Belastungen/ Gesundheit/ Krankheit" bei sowie eine bereits vorhandene Sammlung von Belastungskategorien (siehe Koch, 2005), die durch eine Auswertung von Krankengeschichten und Arztbriefen einweisender Ärzte zu kulturellen Einflussfaktoren auf das Krankheitsgeschehen ihrer Patienten mit Migrationshintergrund entstanden ist. Die Kategorien umfassen z. B. sprachlich bedingte Verständigungsschwierigkeiten, schwierige Migrationsgeschichte, Heimweh oder innere Bezogenheit auf die Heimat. Der Fragebogen orientiert sich zum einen an diesen Kategorien, zum anderen an weiteren Belastungen wie soziale Isolierung, Entfremdungsgefühle oder unerfüllte Erwartungen, die bei Migrationsprozessen eine Rolle spielen können. Es wird erfasst, ob der jeweilige Belastungsfaktor vorliegt und wie sehr der Patient darunter leidet. Zur Kontrolle vergleichbarer Belastungsfaktoren bei deutschen Patienten wurde ein Belastungsfragebogen entwickelt, der allerdings bestimmte spezifische Migrationsbelastungsfragen nicht enthält, da diese für die deutschen Patienten nicht zutreffen (siehe Anhang 14).

#### **2.4.9 Ereignisliste (Filipp, 2002)**

Die Ereignisliste umfasst eine Reihe wichtiger kritischer Lebensereignisse wie Tod des Partners, eigene schwere körperliche Erkrankung, schwerwiegendere Konflikte mit den eigenen Kindern, größere finanzielle Schwierigkeiten, Arbeitslosigkeit, Alkohol- oder Medikamentenprobleme. Es wird erfasst, ob der Patient diese Ereignisse in den vergangenen 4 Jahren oder jemals erlebt hat. Die deutsche und türkische Version der Ereignisliste befinden sich im Anhang 15.

#### 2.4.10 Patientenfragebogen zur Erfassung der Rehabilitationsmotivation/ Behandlungsmotivation PAREMO (Hafen, Jastrebow, Nübling & Bengel, 2001)

Der Patientenfragebogen zur Erfassung der Rehabilitationsmotivation (PAREMO) umfasst 6 Skalen, von denen 3 Skalen nach inhaltlichen Kriterien für die benutzte Kurzversion des Fragebogens ausgewählt wurden:

- **Hilfsbedürftigkeit und psychischer Leidensdruck:** Leiden unter seelischen Beschwerden; Wunsch nach Hilfe; kognitive Auseinandersetzung mit den Beschwerden; Unzufriedenheit mit dem derzeitigen Gesundheitszustand
- **Einschränkungen im Alltag aufgrund körperlicher Beschwerden:** Körperliche Beschwerden und diesbezügliche Einschränkungen im Alltag
- **Änderungsbereitschaft hinsichtlich präventiven Verhaltens (Änderungsmotivation):** Einsicht in die Notwendigkeit sowie Wunsch nach Veränderung des Lebens, insbesondere des gesundheitsbezogenen Verhaltens.

Das Antwortformat ist 4-stufig mit den Ankerpunkten "stimmt nicht" und "stimmt". Aufgrund der Spezifität des PAREMO für Rehabilitationspatienten (z.B. mit koronaren Herzerkrankungen) wurden einige Items für Patienten mit psychiatrischen Diagnosen adaptiert, sodass sich diese Version geringfügig von der Originalversion unterscheidet. Hafen und Mitarbeiter (2001) berichten gute Trennschärfe-koeffizienten der Items und eine gute bis sehr gute interne Konsistenz (Range: .71-.91). Alle Versionen sind im Anhang 16 aufgeführt.

#### 2.4.11 Brief Symptom Inventory BSI (Franke, 2000, 1997; Dağ, 1991)

Das Brief Symptom Inventory (BSI) erfasst die subjektive Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome. Es umfasst 53 Items und besteht aus 9 Symptomdimensionen: **Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depression, Ängstlichkeit, Feindlichkeit, phobische Angst, paranoide Ideen** und **Psychotizismus**. Aus diesen Skalen kann die mittlere Symptombelastung, der sog. Global Severity Index GSI, und die Anzahl erlebter Symptome, der Positiv Total Symptom- Index (PST), berechnet werden. Die Patienten werden gefragt, wie sehr sie in den vergangenen 7 Tagen unter bestimmten Symptomen litten. Das fünfstufige Antwortformat reicht von "überhaupt nicht" bis "sehr stark". Das Instrument weist gute psychometrische Eigenschaften auf.

Die internen Konsistenzen (Cronbachs Alpha) liegen zwischen .63 und .85 (Franke, 1997), bzw. .70-.96 (Geisheim, Hahlweg, Fiegenbaum, Frank, Schröder & von Witzleben, 2002). Hohe Korrelationen zu inhaltsnahen klinischen Selbstbeurteilungsskalen indizieren konvergente Validität (Geisheim et al., 2002), auch kriterienbezogene, divergente und diskriminante Validität liegen vor (Franke, 1997). Die türkische Version des BSI wurde aus der türkischen Version der SCL-90-R von Dağ (1991) zusammengestellt. Die interne Konsistenz des GSI beträgt für die türkische Version der SCL-90-R .97. Die Retest-Reliabilität der Skalen der türkischen Version (Intervall: 23 Tage) liegt zwischen .65 und .87, für den GSI bei .90. Die türkische Kurzform der SCL-90-R (BSI) weist eine gute diskriminante Validität, und gute konvergente Validität mit dem MMPI (.51) und Beck Depressions Inventar (.91) auf. Es liegen Normwerte für die türkische Version der SCL-90-R vor, die insgesamt als reliabel und valide bezeichnet werden kann, jedoch zur Diagnosestellung ungeeignet ist (Dağ, 2000). In Anhang 17 sind deutsche und türkische Version aufgelistet.

#### **2.4.12 WHO Quality of Life-BREF WHOQOL-BREF (WHOQOL Group, 1996, 1998; Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000; Fidaner, Elbi, Fidaner, Eser, Eser, & Göker, 1999)**

Mit dem WHOQOL-BREF wird die subjektive Lebensqualität erfasst. Er umfasst 4 Dimensionen: **Physisches Wohlbefinden, psychisches Wohlbefinden, soziale Beziehungen, Umwelt** und einen **Globalwert**. Das sich von Frageblock zu Frageblock ändernde Antwortformat ist fünfstufig. Die psychometrischen Eigenschaften des WHOQOL-BREF sind akzeptabel (WHOQOL Group, 1996; 1998). Die internen Konsistenzen (Cronbachs Alpha) der deutschen Version liegen zwischen .57 und .88. Es zeigt sich eine gute Diskriminierung zwischen Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Gesunden (Angermeyer, Kilian & Matschinger; 2000). Auch die türkische Version weist gute interne Konsistenzen zwischen .65 und .85, eine gute konvergente Validität mit dem SF-36, z.B. bezüglich der Korrelationen zwischen den jeweiligen körperlichen und psychischen Domänen, die zwischen .68 und .67 lagen (Dündar, Fidaner, Fidaner, Oral, Eser, Atman & Pala, 2002) und diskriminante Validität auf (Fidaner et al., 1999). Die Retest-Reliabilität der Skalen liegt bei einem Intervall von 3 Wochen zwischen .57-.81 (Fidaner et al., 1999). Der WHOQOL-BREF eignet sich zur Einschätzung

der subjektiven Lebensqualität bei türkischen psychiatrischen Patienten (Akvardar, Akdede, Özerdem, Eser, Topkaya & Alptekin, 2006). Die türkische und deutsche Version des WHOQOL-BREF sind im Anhang 18 aufgeführt.

#### **2.4.13 Fragebogen zur Patientenzufriedenheit mit der Behandlung ZUF-3 (Spießl, Krischker, Spindler, Cording & Klein, 1996)**

Zur Erfassung der Behandlungszufriedenheit wird der ZUF-3 eingesetzt, der mit seinen 3 Fragen die allgemeine Zufriedenheit mit der Behandlung erfasst. Hinzugefügt wurde ein weiteres Item zur Einschätzung der allgemeinen Lebenszufriedenheit (GLOZ) (siehe Anhang 19).

#### **2.4.14 Gesundheitsfragebogen EQ-5D (EuroQoL Group, 1990; von der Schulenburg, Claes, Greiner, & Uber, 1998)**

Der EQ-5D stellt als bislang einziger in deutscher Sprache zur Verfügung stehender Gesundheitsfragebogen eine eindimensionale Maßzahl zur Erfassung der **Lebensqualität** bereit, wie sie für Kosten-Nutzen-Analysen benötigt wird.

Er besteht aus 5 Items mit dreistufigem Antwortformat, einer zusätzlichen Frage zum aktuellen Gesundheitszustand im Vergleich zum allgemeinen Gesundheitszustand während der vergangenen 12 Monate sowie einer 100stufigen visuellen Analogskala zur Einschätzung des persönlichen Gesundheitszustandes (schlechtester denkbare Gesundheitszustand = 0; bester denkbare Gesundheitszustand = 100). Die 5 Items beziehen sich auf die Bereiche Mobilität, Selbstversorgung, Allgemeine Tätigkeiten, Schmerzen und psychologischer Status. Sowohl Retest-Reliabilität als auch Konstruktvalidität der deutschen Version des EQ-5D konnten nachgewiesen werden (von der Schulenburg et al., 1998). Deutsche und türkische Versionen finden sich im Anhang 18.

#### **2.4.15 Beschwerdebogen**

Mit den 4 Items im Beschwerdebogen wird allgemein erfasst, wie häufig der Patient unter seinen Krankheitsbeschwerden leidet, wie stark diese Beschwerden sind, wie stark sie ihn bei der Erfüllung alltäglicher Aufgaben behindern und wie stark die Beeinträchtigung im körperlichen, seelischen, zwischenmenschlichen und leistungsbezogenen Bereich ist (siehe Anhang 20).

#### **2.4.16 Clinical Global Impressions CGI (National Institute of Mental Health NIMH, 1970)**

Das CGI ist ein weitverbreitetes globales Fremdbeurteilungsinstrument. Mit dem ersten siebenstufigen Item wird der Schweregrad der Erkrankung von „gar nicht krank – extrem schwer krank“ eingeschätzt. Mit dem zweiten 7-stufigem Item die Veränderung (sehr viel besser- sehr viel schlechter), mit dem dritten Item der therapeutische Effekt. Bei den Einschätzungen soll der Rater seinen gesamten Erfahrungsschatz heranziehen. Die Reliabilität und Validität des CGI sind fraglich, aber das Verfahren ist änderungssensitiv (NIMH, 1970). In der vorliegenden Arbeit wurden die ersten beiden Items benutzt, da sie routinemäßig in der Basisdokumentation enthalten sind (siehe Anhang 21).

#### **2.4.17 Globales Funktionsniveau GAF (Saß, Wittchen & Zaudig 1996)**

Die GAF-Skala ist ein Fremdbeurteilungsinstrument, mit dem das soziale, berufsbezogene und psychische Funktionsniveau von Erwachsenen eingeschätzt werden kann. Sie ist von 0 bis 100 skaliert und in 10er Schritten aufgeteilt (siehe Anhang 21). Im DSM-IV ist die GAF-Skala als Achse-V-Bewertung inkludiert (Saß, Wittchen & Zaudig, 1996). Eine zufriedenstellende Reliabilität der GAF-Skala (Jones, Thornicroft, Coffey & Dunn, 1995) und eine hohe Spearman-Brown korrigierte Interraterreliabilität von .92 wurden festgestellt. Die GAF-Skala kann als valide bezeichnet werden, da sie z.B. mit dem Global Severity Index GSI aus der SCL-90-R signifikant korreliert (Hilsenroth et al., 2000).

#### **2.4.18 Beeinträchtigungs-Schwere-Score BSS (Schepank, 1995)**

Mit dem Beeinträchtigungs-Schwere Score BSS wird vom Behandler eingeschätzt, wie schwer die Beeinträchtigung durch die psychogene Symptomatik ist (=Summenwert) und in welchem Bereich diese Beeinträchtigung bevorzugt liegt (=Profil): Es werden die körperliche Beeinträchtigung, Beeinträchtigung im psychischen Bereich und die sozialkommunikative Beeinträchtigung erfasst. Jede dieser Dimensionen, die durch je ein Item abgebildet sind, umfasst 5 Stufen, die die Schweregrade der Beeinträchtigung abbilden (von 0= gar nicht - 4= extrem) (siehe Anhang 21). Es konnte eine hohe Interraterreliabilität des BSS von .90 nachgewiesen werden (Schepank, 1995).

### **2.4.19 Behandlungsergebnis-Indikatoren bei Patienten mit koronaren Herzerkrankungen**

Zur Erfassung der Erkrankungsschwere und Beeinträchtigung der Patienten mit koronaren Herzerkrankungen wurden spezielle Fragebögen zur Selbst- und Fremdeinschätzung entwickelt.

#### **2.4.19.1 KHK-Patienten-Bogen (KHK-P-Bogen)**

Für die Selbsteinschätzung der krankheitsspezifischen Beeinträchtigung der Patienten mit koronaren Herzerkrankungen wurde ein Inventar (KHK-P-Bogen, siehe Anhang 22) aus dem IRES- Fragebogen (Gerdes & Jäckel, 1995) und dem Seattle Angina Pectoris Fragebogen (Spertus, Winder, Dewhurst, Deyo, Prodzinski, McDonell & Fihn, 1995, deutsche Version von Conway, Uzun, Spertus, Fletcher & Sagnier (1998) zusammengestellt. Der IRES-Bogen ist reliabel und valide. Bei den meisten Summenscores ergeben sich Retest-Reliabilitäten, die zwischen .70 und .80 liegen, sowie gute bis hohe interne Konsistenzen. Das Verfahren ist konstruktvalide, diskriminant valide und änderungssensitiv (Gerdes & Jäckel, 1995). Die deutsche Version des Seattle Angina Pectoris Fragebogens weist neben guten internen Konsistenzen (Cronbachs Alpha: .75-.97) konvergente Validität und Änderungssensitivität auf (Höfer, Benzer, Schüßler, Von Steinbüchel & Oldridge, 2003). Der daraus zusammengestellte KHK-P-Bogen umfasst Fragen zur Stärke und Häufigkeit der Krankheitsbeschwerden, zur Beeinträchtigung und Behinderung durch die Erkrankung, zu Angina-Pectoris-Beschwerden unter Belastung, zu Tätigkeits- einschränkungen durch Angina Pectoris und zu Risikofaktoren.

#### **2.4.19.2 KHK-Arzt-Bogen (KHK-A-Bogen)**

Für die Fremdeinschätzung durch die Ärzte wird der sog. KHK-A-Bogen verwendet, der die Einschätzung des Grades einer Herzinsuffizienz und Angina pectoris nach der NYHA- Klassifikation (Criteria Committee of the New York Heart Association, 1994; Hoppe et al., 2005) beinhaltet als auch Einschätzungen zu Risikofaktoren und zur Behandlungsmotivation des Patienten (siehe Anhang 23).

### 2.4.19.3 KHK-Bogen-Aktenblatt

Im "KHK-Bogen-Aktenblatt" (siehe Anhang 24) werden objektive Parameter erfasst wie z.B. Blutdruck, Laborwerte und EKG-Befunde.

### 2.4.20 Reihenfolge und Aufteilung der Erhebungsinstrumente auf die beiden Messzeitpunkte

In Tabelle 13 befindet sich die Reihenfolge der Messinstrumente getrennt nach Selbst- und Fremdeinschätzung für Patienten mit psychiatrischen Diagnosen, in Tabelle 14 für Patienten mit koronaren Herzerkrankungen. Es wechseln immer längere mit kürzeren Fragebögen, um die Motivation des Patienten nicht zu gefährden. Heikle und unangenehme Fragen werden möglichst am Ende gestellt, um den Datenverlust durch ein frühzeitiges Abbrechen von Seiten des Patienten möglichst gering zu halten. Die Fragebögen, die der Messung der Behandlungsergebnisse dienen, werden zu beiden Messzeitpunkten vorgegeben, damit später Baseline-Werte vorliegen und eine Einschätzung der Veränderung des Gesundheitszustandes von Aufnahme zu Entlassung möglich wird.

Tabelle 13: Aufteilung nach Messzeitpunkt und Reihenfolge der Messinstrumente für Patienten mit psychiatrischen Diagnosen getrennt nach Form der Einschätzung

Messzeitpunkt t0 (Aufnahme)	Messzeitpunkt t1 (Entlassung)
<b>Selbsteinschätzungen</b>	
GEKS	GEKS
IPQ-R-GI	BSI
FRAKK ( nicht bei Deutschen)	NEO-FFI
SOMS	kritische Lebensereignisse
BSI	WHOQOL-BREF
MSPSS	ZUF-3 & GLOZ
SVF-78	Beschwerdebogen
WHOQOL-BREF	PAREMO
Beschwerdebogen	EQ-5D
PAREMO	Fragebogen zu (Migrations)Belastungen
EQ-5D	
<b>Fremdeinschätzungen</b>	
BSS	GEKS (Compliance)
CGI	BSS
GAF	CGI
	GAF



Tabelle 14: Aufteilung und Reihenfolge der Messinstrumente für Patienten mit koronaren Herzerkrankungen getrennt nach Form der Einschätzung

Messzeitpunkt t0 (Aufnahme)	Messzeitpunkt t1 (Entlassung)
<b>Selbsteinschätzungen</b>	
GEKS	GEKS
IPQ-R-GI	BSI
FRAKK (nicht für Deutsche)	NEO-FFI
SOMS	kritische Lebensereignisse
BSI	WHOQOL-BREF
MSPSS	ZUF-3 & GLOZ
SVF-78	KHK-P-Bogen
WHOQOL-BREF	PAREMO
KHK-P-Bogen	EQ-5D
PAREMO	Fragebogen zu (Migrations)Belastungen
EQ-5D	
<b>Fremdeinschätzungen</b>	
KHK-A-Bogen	GEKS (Compliance)
KHK-Bogen-Aktenblatt	KHK-A-Bogen-Aktenblatt

## 2.5 Fragestellungen und Hypothesen

### **2.5.1 Fragestellung 1: Welche Unterschiede bezüglich krankheitsrelevanter Faktoren ergeben sich zwischen türkischen und deutschen Patienten?**

In Tabelle 15 befinden sich die zur dieser Fragestellung aufgestellten Hypothesen.

Tabelle 15: Übersicht über Hypothesen zur Fragestellung 1 (<= geringere Ausprägung; > = stärkere Ausprägung)

Erhebungsinstrument	Skala/ Index	Hypothese
	Persönlicher Einfluss	Türken < Deutsche
	Behandlungswirksamkeit	?

<b>IPQ-R-GI</b>	Identität	?
	Chronischer Verlauf	?
	Negative Konsequenzen	?
	Kohärenz	?
	Emotionale Reaktionen	?
	Zyklischer Verlauf	?
	Ursachen	Türken ≠ Deutsche
<b>SOMS</b>	Beschwerde – Index (BI)	Türken > Deutsche
	Somatisierungsindex nach DSM-IV	
	Somatisierungsindex nach ICD- 10	
	SAD- Index nach ICD-10	
<b>SVF-78</b>	Resignation	Türken > Deutsche
	Gedankliche Weiterbeschäftigung	Türken > Deutsche
	Selbstbeschuldigung	Türken > Deutsche
	Flucht	Türken > Deutsche
	Positive Selbstinstruktion	?
	Situationskontrolle	?
	Reaktionskontrolle	?
	Ablenkung	?
	Schuldabwehr	?
	Ersatzbefriedigung	?
	Herunterspielen durch Vergleich mit anderen	?
	Vermeidung	?
	Bedürfnis nach sozialer Unterstützung	?
	Maladaptive Stressverarbeitung	Türken > Deutsche
	Adaptive Stressverarbeitung	?
<b>NEO-FFI</b>	Neurotizismus	?
	Extraversion	?
	Offenheit für Erfahrung	?
	Verträglichkeit	?
	Gewissenhaftigkeit	?
<b>Ereignisliste</b>	Kritische Lebensereignisse (gesamt)	Türken > Deutsche
	Kritische Lebensereignisse (letzte 4 Jahre)	
<b>MSPSS</b>	Familiäre soziale Unterstützung	Türken > Deutsche
	Soziale Unterstützung durch Freunde	?
	Soziale Unterstützung durch bedeutsame andere	?
<b>PAREMO</b>	Psychischer Leidensdruck/ Hilfebedürftigkeit	?
	Körperliche Beschwerden	
	Änderungsmotivation	
<b>Behandlungsmotivation (Arzteinschätzung)</b>	Behandlungsmotivation	?
<b>SPE</b>	Rentenwünsche	Türken > Deutsche
<b>Migrationsassoziierte Belastungen</b>	(Migrations)Belastungen	?

### 2.5.2 Fragestellung 2: Unterscheiden sich die Behandlungsergebnisse zwischen deutschen und türkischen Patienten?

Für türkische Patienten werden signifikant schlechtere Behandlungsergebnisse erwartet als bei deutschen Patienten (siehe Tabelle 16).

Tabelle 16: Übersicht über Hypothesen zur Fragestellung 2 (<= geringere Ausprägung; > = stärkere Ausprägung)

Erhebungsinstrument (t0/ t1)	Skala/ Index	Hypothese
<b>BSI</b>	Somatisierung	Türken > Deutsche
	Depressivität	
	Unsicherheit im Sozialkontakt	
	Zwanghaftigkeit	
	Ängstlichkeit	
	Feindseligkeit	
	Phobische Angst	
	Paranoides Denken	
	Psychotizismus	
	Global Severity Index GSI	
	Positive Symptom Total PST	
<b>WHOQOL-BREF</b>	Physisches Wohlbefinden	Deutsche > Türken
	Psychisches Wohlbefinden	
	Soziale Beziehungen	
	Umwelt	
	Global	
<b>EQ-5D (5 Items)</b>	Erste fünf Items	Deutsche < Türken
<b>EQ-5D VAS</b>	Visuelle Analogskala	Deutsche > Türken
<b>Spezielle Verfahren für Patienten mit psychiatrischen Diagnosen</b>		
<b>Beschwerdebogen</b>	Häufigkeit, Schwere, Beeinträchtigung bzgl. der Erkrankung	Türken > Deutsche
<b>CGI (Arzteinschätzung)</b>	Erkrankungsschwere t0 (Veränderung t1)	Türken > Deutsche
<b>GAF (Arzteinschätzung)</b>	Globales Funktionsniveau	Deutsche > Türken
<b>BSS (Arzteinschätzung)</b>	Schwere der Beeinträchtigung	Türken > Deutsche
<b>Spezielle Verfahren für Patienten mit KHK-Diagnosen</b>		
<b>KHK-P-Bogen</b>	Einschränkung durch Angina	Türken > Deutsche
	Risikofaktoren	Türken > Deutsche
	Angina unter Belastung	Türken > Deutsche
<b>KHK-A-Bogen (Arzteinschätzung)</b>	Einschränkung des Patienten	Türken > Deutsche

### 2.5.3 Fragestellung 3: Wie präzisieren krankheitsrelevante Faktoren Behandlungsergebnisse bei türkischen und deutschen Patienten?

Für türkische und deutsche Patienten werden die in Tabelle 17 aufgeführten Hypothesen im Rahmen der 3. Fragestellung erwartet.

Tabelle 17: Inhaltliche Hypothesen zur Fragestellung 3 ( ↑= hohe Ausprägung, gute Behandlungsergebnisse, ↓= niedrige Ausprägung, schlechte Behandlungsergebnisse)

Ehebungsinstrument	Prädiktor (Skala/ Index)	Behandlungsergebnisse t1
<b>IPQ-R-GI</b>	Persönlicher Einfluss ↑	↑
	Behandlungswirksamkeit ↑	↑
	Negative Konsequenzen ↑	↓
	Chronischer Krankheitsverlauf ↑	↓
	Emotionale Reaktionen ↑	↓
	Kohärenz ↑	↑
	Zyklischer Verlauf ↑	↓
<b>SVF-78</b>	Maladaptive Stressverarbeitung ↑	↓
	Adaptive Stressverarbeitung ↑	↑
<b>NEO-FFI</b>	Neurotizismus ↑	↓
	Extraversion ↑	↑
	Verträglichkeit ↑	↑
	Offenheit für Erfahrung	?
	Gewissenhaftigkeit	?
<b>Ereignisliste</b>	Kritische Lebensereignisse (Gesamt) ↑	↓
	Kritische Lebensereignisse (letzte 4 Jahre) ↑	↓
<b>MSPSS</b>	Familiäre Unterstützung ↑	↑
	Unterstützung durch Freunde ↑	↑
	Unterstützung durch bedeutsame andere ↑	↑
<b>PAREMO &amp; Behandlungsmotivation (Arzt-einschätzung)</b>	Änderungsmotivation ↑	↑
	Behandlungsmotivation ↑	
<b>SPE-Skala</b>	Rentenwunsch ↑	↓
<b>Migrations(Belastungen)</b>	Anzahl der Migrations(Belastungen) ↑	↓
	Leiden unter Migrations(Belastungen) ↑	↓
<b>FRAKK</b>	Akkulturationsgrad ↑	↑

#### 2.5.4 Fragestellung 4: Lassen sich die unter Punkt 1.3.4.1 bis 1.3.4.4 spezifizierten Modelle auf türkische und deutsche Patienten anwenden?

##### 2.5.4.1 Stressverarbeitungs-Mediator-Modell

Neben den direkten Wirkungen von subjektiven Krankheitskonzepten, Stressverarbeitung und Persönlichkeit wie sie unter 2.5.3 hypothetisiert sind, werden in

diesem Modell zusätzlich indirekte Effekte über Stressverarbeitung hypothetisiert (siehe Tabelle 18).

Tabelle 18: Hypothetisierte indirekte Effekte im Rahmen des Stressverarbeitungs- Mediator-Modells (↑= hohe Ausprägung, gute Behandlungsergebnisse und ↓= niedrige Ausprägung, schlechte Behandlungsergebnisse)

Prädiktor	Mediator	Behandlungsergebnisse t1
Chronischer Krankheitsverlauf ↑	Maladaptive Stressverarbeitung ↑	↓
Zyklischer Krankheitsverlauf ↑		
Negative Konsequenzen ↑		
Emotionale Reaktionen ↑		
Neurotizismus ↑		
Behandlungswirksamkeit ↑	Adaptive Stressverarbeitung ↑	↑
Persönlicher Einfluss ↑		
Extraversion ↑		

#### 2.5.4.2 Behandlungsmotivations-Mediator-Modell

Neben den direkten Wirkungen von Behandlungsmotivation und Rentenwünschen wie sie unter 2.5.3 hypothetisiert sind, werden in diesem Modell zusätzlich indirekte Effekte über Behandlungsmotivation hypothetisiert (siehe Tabelle 19).

Tabelle 19: Hypothetisierte indirekte Effekte im Rahmen des Behandlungsmotivations-Mediator-Modell (↑= hohe Ausprägung, gute Behandlungsergebnisse und ↓= niedrige Ausprägung)

Prädiktor	Mediator	Behandlungsergebnisse t1
Behandlungswirksamkeit ↑	Behandlungsmotivation ↑	↑
Persönlicher Einfluss ↑		
Rentenwunsch ↓		

#### 2.5.4.3 Stress-Modell

Zusätzlich zu den direkten Wirkungen von Stressverarbeitung, sozialer Unterstützung, kritischen Lebensereignissen, (Migrations)belastungen und Persönlichkeitsfaktoren wie sie unter 2.5.3 hypothetisiert sind, werden in diesem Modell indirekte Effekte über kritische Lebensereignisse, Migrationsbelastungen und soziale Unterstützung postuliert (siehe Tabelle 20).

Tabelle 20: Hypothesierte indirekte Effekte im Rahmen des Stress-Modells ( ↑= hohe Ausprägung, gute Behandlungsergebnisse und ↓= niedrige Ausprägung, schlechte Behandlungsergebnisse)

Prädiktor	Mediator	Behandlungsergebnisse t1
Extraversion ↑	Kritische Lebensereignisse ↓	↑
Adaptive Stressverarbeitung ↑		
Soziale Unterstützung ↑		
Neurotizismus ↑	Kritische Lebensereignisse ↑	↓
Maladaptive Stressverarbeitung ↑		
Extraversion ↑	(Migrations)belastungen ↓	↑
Adaptive Stressverarbeitung ↑		
Soziale Unterstützung ↑		
Neurotizismus ↑	(Migrations)belastungen ↑	↓
Maladaptive Stressverarbeitung ↑		
Extraversion ↑	Soziale Unterstützung ↑	↑
Adaptive Stressverarbeitung ↑		
Neurotizismus ↑	Soziale Unterstützung ↓	↓
Maladaptive Stressverarbeitung ↑		

#### 2.5.4.4 Akkulturations-Modell

Folgende indirekte Effekte der Akkulturation auf die Behandlungsergebnisse werden vermutet (siehe Tabelle 21).

Tabelle 21: Hypothesierte indirekte Effekte im Rahmen des Akkulturations-Modells ( ↑= hohe Ausprägung, gute Behandlungsergebnisse und ↓= niedrige Ausprägung)

Prädiktor	Mediator	Behandlungsergebnisse t1
Akkulturation ↑	Migrationsbelastungen ↓	↑
	Kritische Lebensereignisse ↓	
	Maladaptive Stressverarbeitung ↓	
	Adaptive Stressverarbeitung ↑	
	Soziale Unterstützung ↑	

## **2.6 Auswertung**

Die Analysen werden separat für 2 verschiedene Gruppen berechnet:

- 1.) Patienten mit koronaren Herzerkrankungen (I20-25 der ICD-10)
- 1.) Patienten mit psychiatrischen Diagnosen aus dem F3 / F4 – Bereich der ICD-10 (siehe 2.3.3)

Koronare Herzerkrankungen (I20-I25) als somatische Erkrankungen unterscheiden sich hinsichtlich ätiologischer, symptomatischer und therapeutischer Aspekte bedeutsam von psychischen Störungen, sodass ein Zusammenlegen der Gruppen nicht sinnvoll erscheint. Weiterhin werden hinsichtlich vieler krankheitsrelevanter Konstrukte Abhängigkeiten von der Diagnose des Patienten berichtet, z.B. bei subjektiven Krankheitskonzepten (siehe 1.2.2.3), Stressverarbeitung (siehe 1.2.4.3) und Persönlichkeit (siehe 1.2.5.2). Für die Fragen nach Unterschieden in Behandlungsergebnis-Indikatoren zwischen deutschen und türkischen Patienten und nach der Prädiktionskraft einzelner krankheitsrelevanter Faktoren für den Behandlungserfolg erweist sich eine Substichprobenbildung sinnvoll, da unterschiedliche Parameter des Behandlungsergebnisses für die beiden Krankheitsgruppen (KHK vs. psychiatrisch) benutzt werden (siehe Tabelle 22).

Tabelle 22: Behandlungsergebnis- Indikatoren für Patienten mit KHK-Erkrankungen und für Patienten mit psychiatrischen Diagnosen

<b>KHK</b>	<b>Psychiatrisch</b>
BSI	BSI
WHOQOL-BREF	WHOQOL-BREF
EQ-5D	EQ-5D
KHK-P-Bogen	GAF
KHK-A-Bogen	CGI
KHK-Bogen-Aktenblatt	BSS

Patienten mit schizophrenen Erkrankungen (F2-Diagnosen) werden nicht in die Analysen aufgenommen, weil sie nur exploratorisch erhoben werden sollen.

Eine Bildung von Substichproben nach F3 und F4 – Diagnosen (ICD-10) wird aufgrund der inhaltlichen Überschneidung dieser Diagnosen und des bei Patienten oftmaligen Vorliegens verschiedener Diagnosen aus beiden Bereichen unterlassen.

Die Auswertungen erfolgen mittels des statistischen Computerprogramms SPSS (Diehl & Staufenbiehl, 2001) und des Computerprogramms AMOS (Analysis of Moment Structures; Arbuckle, 2005).

Aufgrund der Parallelisierung nach Alter, Geschlecht, Diagnose und Behandlungsort werden keine Effekte dieser Variablen auf die Ergebnisse erwartet.

Durch den im Versuchsdesign festgelegten Zeitraum von 1-3 Tagen für die Dauer zwischen Erstinterview und Aufnahme tag als auch für die Dauer zwischen Zweitinterview und Entlassungstag werden keine Effekte des Erhebungszeitpunktes auf die Ergebnisse erwartet.

Aufgrund der großen Anzahl eingesetzter Interviewerinnen und der Konfundierung derselben mit der Herkunft des Patienten und der Klinik ist es nicht möglich, Interviewereffekte auf Basis einzelner Interviewer zu berechnen. Überprüft wird jedoch, ob ein Interviewwechsel zwischen Erst- und Zweitinterview Auswirkungen auf die Ergebnisse hat. Die Analysen werden getrennt nach Herkunft des Patienten (türkisch vs. deutsch) und Diagnosegruppe (KHK vs. psychiatrisch) mittels Mann-Whitney-U-Tests berechnet.

In gleicher Weise wird überprüft, ob es Effekte eines Wechsels der Arzteinschätzungen von t0 auf t1 auf die Unterschiede der Arzteinschätzungen zwischen t0 und t1 gibt. Dazu werden Mann-Whitney-U-Tests gerechnet, bei denen die unabhängige Variable UV Wechsel (ja/ nein) ist und die AV die Differenzen der Arzteinschätzungen zwischen t0 und t1 umfasst. Diese Analyse erfolgt getrennt nach Herkunft des Patienten (türkisch vs. deutsch) und getrennt nach Diagnosegruppe (KHK vs. psychiatrisch).

Bei der türkischen Stichprobe werden außerdem getrennt nach Diagnosegruppe (KHK vs. psychiatrisch) mögliche Effekte des Vorliegens von Analphabetismus auf die Ergebnisse mittels Mann-Whitney-U-Tests überprüft. Außerdem wird in gleicher Weise überprüft, ob die Migrantengeneration (1. vs. 2. Migrantengeneration) Effekte hat.



Mit Drop-Out-Analysen wird überprüft, ob sich Studienteilnehmer, die bis zum Ende mitmachten, von folgenden Gruppen bezüglich Soziodemographie und Krankheitsmerkmalen unterscheiden:

- 1.) Personen, die herausfallen
- 2.) Personen, die nach dem ersten Interview herausfallen
- 3.) Personen, die nach dem ersten Interview aufgrund persönlicher Gründe herausfallen

Es wird zwischen personenbezogenen Ursachen des Dropouts (z.B. mangelnde Compliance, Überforderung des Patienten) und organisatorischen Ursachen (z.B. Ausbleiben der Meldungen über Patientenentlassungen, vorzeitige Entlassungen, Verlegungen) unterschieden. Die Studienteilnehmer werden mit den Dropout-Gruppen in soziodemographischen und krankheitsbezogenen Merkmalen, die routinemäßig erfasst werden, verglichen. Bei dem Vergleich zwischen Studienteilnehmern, die bis zum Ende mitmachen, mit Teilnehmern, die nach dem ersten Interview herausfallen, wird außerdem überprüft, ob sich in den zu vergleichenden krankheitsrelevanten Faktoren bei Messzeitpunkt t0 signifikante Unterschiede ergeben. Sollten sich keine bedeutsamen Unterschiede ergeben, können für die Auswertung der Fragestellung 1 alle Patienten des Messzeitpunktes t0 inkludiert werden. Für alle anderen Fragestellungen werden nur die Patienten berücksichtigt, die zu beiden Messzeitpunkten an der Studie teilgenommen haben, da diese Fragestellungen sich auf beide Messzeitpunkte beziehen.

Fehlende Werte (Missing Data) von Teilnehmern werden in allen Berechnungen mit der Option „pairwise deletion“ behandelt.

### **2.6.1 Auswertung der Fragestellung 1: Welche Unterschiede bezüglich krankheitsrelevanter Faktoren ergeben sich zwischen türkischen und deutschen Patienten?**

Die Unterschiede bezüglich krankheitsrelevanter Konstrukte zwischen deutschen und türkischen Patienten werden bei Mittelwertsvergleichen mittels t-Tests auf Signifikanz geprüft, bei Vorliegen von Varianzheterogenität mittels Welch-Test. Bei kategorialen Häufigkeitsvergleichen wird die Signifikanzprüfung mittels Chi<sup>2</sup> - Tests erfolgen, wobei bei Zellenbesetzungen bei n<5 der Fisher's exakte Test

herangezogen wird. Es wird darauf verzichtet, über alle Konstrukte mit jeweiligen Subskalen eine Bonferroni-Adjustierung vorzunehmen, da sich dann durch das sehr kleine Fehler-I-Risiko das Fehler-II-Risiko immens vergrößern würde, d.h. die Wahrscheinlichkeit die Nullhypothese beizubehalten, obwohl sie nicht gilt. Es wird zweiseitig getestet, weil die Verfahren robuster sind als bei einseitigem Testen (Diehl & Arbinger, 1992). Für die Mittelwertsvergleiche wird vorab die Normalverteilungsannahme der Variablen mittels Inspektion des Histogramms, der Kurtosis- und Schiefewerte überprüft. Beim Vorliegen leichter oder mittlerer Nicht-Normalität werden t-Tests gerechnet, da sie gegenüber der Verletzung der Normalverteilungsannahme bei großen Stichprobenumfängen relativ robust sind (Diehl & Arbinger, 1992). Beim Vorliegen starker Nonnormalität werden Mann-Whitney-U-Tests, die keine Normalverteilungsannahme machen, gerechnet. Auf eine kovarianzanalytische Kontrolle von Schulbildung, Berufsbildung und Beschäftigungsstatus in Deutschland wird verzichtet, da sich die türkische und deutsche Stichprobe vermutlich nicht per Zufall auf diesen Variablen unterscheiden werden. Es ist aufgrund migrationsassoziierter Belastungen türkischer Migranten in Deutschland davon auszugehen, dass die türkische Stichprobe im Durchschnitt eine schlechtere Schulbildung, schlechtere Berufsausbildung und einen schlechteren Beschäftigungsstatus aufweist (siehe 1.2.10.3). Durch diese wahren Gruppenunterschiede in den „Kovariaten“ kann es unter Benutzung der ANCOVA zu einer reduzierten statistischen Power kommen (Owen & Froman, 1998). Die ANCOVA wird nur empfohlen, wenn Varianzen bei Gruppen reduziert werden sollen, die sich per Zufall in den hypothetisierten Kovariaten unterscheiden. Ansonsten liegt eine Konfundierung zwischen Gruppenzugehörigkeit und den Kovariaten vor (Miller & Chapman, 2001). In unserem Fall liegt auf jeden Fall eine begründete Konfundierung zwischen der Gruppenzugehörigkeit „türkische Migranten“ und der „Migrationsbelastungen, wie z.B. einem niedrigen sozioökonomischen Status“ vor, die nicht zufällig ist.

### **2.6.2 Auswertung der Fragestellung 2: Unterscheiden sich die Behandlungsergebnisse zwischen deutschen und türkischen Patienten?**

Zur Operationalisierung der Behandlungsergebnisse stehen Werte von 2 Messzeitpunkten zur Verfügung (t0 Beginn der Behandlung, t1 Ende der Behandlung).

Zur Veränderungsmessung ist das t0-t1-Design problematisch, da bei t0 eine falsche oder eine andere Messung vorliegen könnte als bei t1 (Rockwell & Kohn, 1989). Die Reliabilität von Veränderungswerten ist von der Richtung und der Höhe der Korrelation zwischen Ausgangswert t0 und Differenzwert (t0-t1) abhängig (Rogosa & Willett, 1983). Wenn sich die Rangordnung der Personen von t0 nach t1 verändert, d.h. unterschiedliche Veränderungen bei verschiedenen Personen stattfinden, reduziert sich die Korrelation zwischen t0 und t1 und damit die Reliabilität (Willett, 1989; 1994). Bezüglich unseres Designs ist ein solches Szenario durchaus möglich. Personen mit sehr hoher subjektiver Symptombelastung bei t0 könnten z. B. stärker von der Behandlung profitieren als Personen mit niedriger Symptombelastung, sodass sich bei ihnen stärkere Veränderungen ergeben würden als bei Personen mit niedriger Symptombelastung bei t0. Die alternative Verwendung von Residualwerten impliziert eine Veränderungsmessung, wenn jeder vom gleichen Niveau startet. Es ist dabei aber nicht klar, was gemessen wird und wie man es interpretieren kann (Willett, 1994). Die Residualveränderung entspricht aufgrund von ungenauen Schätzungen außerdem nicht der wahren Veränderung (Willet, 1989) und verglichen mit der ANCOVA hat die ANOVA mit Residualwerten weniger Power (Dimitrov & Rumrill, 2003). Die ANCOVA wird außerdem nicht von Deckeneffekten, schiefen Verteilungen und Mittelwertsverlagerungen beeinflusst (Criebbie & Jamieson, 2004; Vickers, 2001).

Bezogen auf unsere Stichproben, die bereits zu Beginn der Behandlung t0 als unterschiedlich in den interessierenden Behandlungsergebnis-Indikatoren hypothesisiert werden, macht es keinen inhaltlichen Sinn, die beiden Stichproben künstlich auf eine gleiche Baseline zu setzen. In diesem Kontext wird deshalb davon abgeraten, eine Kovarianzanalyse zur Kontrolle starker Baseline-Unterschiede zu benutzen. Wenn große natürlich bedingte Baseline-Unterschiede auftreten, ist die ANCOVA das falsche Modell, da sie systematische Verzerrungen erzeugt, d.h. es ergeben sich dann z.B. größere Veränderungen in der Gruppe mit den höheren Ausgangswerten (Criebbie & Jamieson, 2004). Wenn t0-Unterschiede wahr sind, hat die ANCOVA eine Verzerrung zur Folge, die Unterschiede in eine Richtung vergrößert und in die andere reduziert (Jamieson, 1999). Prozentuale Veränderungen von der Baseline sind aufgrund von Verzerrungen als Veränderungsmaß ungeeignet (Vickers, 2001). Angesichts der Betrachtung der Vor- und Nachteile möglicher Verfahren zur Veränderungs-

messung und der Art der Daten unserer Studie, wird die Veränderungsmessung mittels einer Varianzanalyse mit Messwiederholung durchgeführt, die bei hoher Korrelation zwischen  $t_0$  und  $t_1$  – wie sie in unserem Datensatz angenommen werden kann – eine akzeptable Power besitzt (Vickers, 2001). Es werden dementsprechend Varianzanalysen mit Messwiederholung über die beiden Messzeitpunkte  $t_0$  und  $t_1$  gerechnet werden, wobei die Herkunft (türkisch vs. deutsch) die unabhängige Variable darstellt und der Messwiederholungsfaktor der jeweilige Behandlungsergebnis-Indikator (siehe Tabelle 22) zu Messzeitpunkt  $t_0$  und  $t_1$ . Zur Überprüfung der Annahme der Sphärizität wird der Mauchly-Test durchgeführt. Bei Verletzung der Bedingung der Sphärizität wird die Greenhouse-Geisser-Adjustierung verwendet.

### **2.6.3 Auswertung der Fragestellung 3: Wie präzisieren krankheitsrelevante Faktoren Behandlungsergebnisse bei türkischen und deutschen Patienten?**

Die Analyse der Prädiktionskraft einzelner krankheitsrelevanter Faktoren für die Behandlungsergebnisse soll mittels regressionsanalytischer Verfahren erfolgen (siehe Bortz, 1993). Vorab wird überprüft, ob Ausreißerwerte vorliegen und Normalverteilung der Variablen gegeben ist. Für türkische und deutsche Patienten wird pro Konstrukt überprüft, welche der zu einem Konstrukt gehörenden Skalen einen signifikanten Beitrag zur Prädiktion der Behandlungsergebnisse beisteuern. Dazu sollen pro Konstrukt multiple Regressionsanalysen nach der Einschlussmethode berechnet werden. Als unabhängige Variablen (Prädiktoren) werden die Subskalen der jeweiligen Konstrukte herangezogen, als abhängige Variable die jeweiligen Werte der Behandlungsergebnis-Indikatoren bei Entlassung  $t_1$ . Zur Baseline-Kontrolle wird der jeweilige  $t_0$ -Wert der Behandlungsergebnis-Indikatoren als Prädiktor mitaufgenommen.

Mittels Testung von Mittelwertsunterschieden sollen die Zusammenhänge zwischen kritischen Lebensereignissen und Behandlungsergebnis-Indikatoren bei Entlassung  $t_1$  überprüft werden, mittels Spearman-Rang-Korrelationen die Zusammenhänge zwischen dem Leiden unter (Migrations)Belastungen und diesen Indikatoren bei  $t_1$ , um herauszufinden, welche Belastungen bzw. kritischen Lebensereignisse besonders wichtig für Behandlungsergebnisse sind. Weiterhin

soll mittels Spearman-Rang-Korrelationen überprüft werden, wie die einzelnen Ursachenitems mit den Behandlungsergebnis-Parametern bei Entlassung t1 in Beziehung stehen, da die Ursachenitems aufgrund ihrer Heterogenität nicht als Gesamtskala betrachtet werden können und eine Aufteilung in Subskalen aufgrund der Adaption der Ursachenliste an die türkischen Stichproben theoretisch nicht fundiert ist.

#### **2.6.4 Auswertung der Fragestellung 4: Lassen sich die unter Punkt 1.3.4.1 bis 1.3.4.4 spezifizierten Modelle auf türkische und deutsche Patienten anwenden?**

Zur Überprüfung dieser Fragestellungen werden die Patienten mit psychiatrischen Diagnosen herangezogen. Die Substichprobe der Patienten mit KHK-Diagnosen wird aufgrund der zu niedrigen Fallzahlen nicht analysiert. Die Modelle zu Zusammenhängen einzelner krankheitsrelevanter Konstrukte und ihrer Wirkung auf Behandlungsergebnisse sollen mittels Pfadanalysen überprüft werden. Pfadanalysen eignen sich dazu, komplexe Modelle zu analysieren und verschiedene Modelle hinsichtlich ihrer Passung auf die Datenmatrix zu vergleichen (Streiner, 2005). Das Aufstellen von Pfadmodellen wurde dem Aufstellen von Strukturgleichungsmodellen aus unterschiedlichen Gründen vorgezogen. Erstens wurde fast jedes Konstrukt mit nur einem Messinstrument erfasst. Eine hinreichende Bedingung für die Messmodelle im Rahmen von Strukturgleichungsmodellen impliziert jedoch, dass bei Vorliegen eines Faktors mindestens 3 Indikatoren pro Faktor erfasst werden und bei mehr als 2 Faktoren mindestens 2 Indikatoren pro Faktor, um das Modell identifizieren zu können (Kline, 2005; Hoyle, 1995). Zweitens werden eine Reihe von multidimensionalen Konstrukten erfasst, wie z.B. Persönlichkeit oder subjektive Krankheitskonzepte. Eine Behandlung dieser Konstrukte als latente Variablen ist inhaltlich problematisch, da die Subskalen der Konstrukte zum Teil gegenläufig sind und sich deshalb in ihrer Wirkung aufheben können. Drittens ist es problematisch, Konstrukte wie z.B. soziale Unterstützung, Stressverarbeitung und subjektive Lebensqualität als latente Variablen zu behandeln und ihre Subskalen als reflektive Indikatoren. Gerade bei diesen Konstrukten ist anzunehmen, dass sie nicht die Indikatoren beeinflussen, sondern umgedreht die Messvariablen im Sinne von formativen Indikatoren das Konstrukt beeinflussen. In diesem Falle wären die manifesten Variablen exogene

kausale Indikatoren, die keinen Fehlerterm aufweisen (Hoyle, 1995; Diamontopoulos & Winklhofer, 2001). Die Einschätzung der Validität dieser formativen Indikatoren ist problematisch. Es ergeben sich Probleme mit der internen Konsistenz, da die Indikatoren ebenfalls gegenteilige Einflüsse auf die latente Variable ausüben können, zum anderen macht eine hohe Kollinearität formativer Indikatoren die Validitätsschätzung problematisch (Diamontopoulos & Winklhofer, 2001). Diese Voraussetzungen sind mit unserem Datensatz und den hypothetisierten Modellen nicht zu erfüllen. Ein vierter Grund, der gegen die Verwendung von Strukturgleichungsmodellen spricht, ist die zu kleine Stichprobengröße. Das Verhältnis 1:5- 1:10 (freier Parameter: Stichprobengröße), welches empfohlen wird (siehe Kline, 2005) kann im Kontext der spezifizierten Modelle nur mit Pfadanalysen erreicht werden. Eine Aufstellung von Strukturgleichungsmodellen würde die Anzahl frei zu schätzender Parameter derart erhöhen, dass ein 1:5 Verhältnis extrem unterschritten wird, was eine Interpretation der Ergebnisse unmöglich machen würde (siehe Kline, 2005).

Bei der Aufstellung der Pfadmodelle wird darauf geachtet, dass die Anzahl der Beobachtungen größer ist als die Anzahl frei zuschätzender Parameter und dass jede latente Variable im Modell (d.h. die Fehler) eine Einheit durch Unit loading identification constraints bekommt, d.h. der Pfadkoeffizient für den direkten Effekt eines Fehlers auf 1 fixiert wird, damit das Modell identifiziert werden kann (siehe Kline, 2005). Zur Schätzung der Pfadmodelle wird die Maximum Likelihood - Methode herangezogen. Da andere Schätzmethoden riesige Stichproben erfordern (Hox & Bechger, 1998) und unter bestimmten Bedingungen sogar schlechter als die Maximum Likelihood-Schätzung sind (Schermelell-Engel, Moosbrugger & Müller, 2003), werden sie im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht verwendet. Die Maximum Likelihood-Methode geht von der Annahme multivariater Normalverteilung aus (Hox & Bechger, 1998). Diese Annahme wird durch Inspektion der Histogramme (Kurtosis, Schiefe) und durch Ausreißerwertanalysen überprüft. Bei leichten bis mittleren Abweichungen von der Normalverteilung (Schiefe  $<2$ ; Kurtosis  $<7$ ) wird die Maximum Likelihood-Schätzung aufgrund ihrer Robustheit gegenüber der Verletzung der Normalverteilungsannahme benutzt (Hoyle, 1995; Curran, West & Finch, 1996; Lei, 2003). Bei stärker von der Normalverteilung abweichenden Variablen soll ein Bollen-Stine-Bootstrapping als Grundlage der

Parameter-Schätzungen herangezogen werden (Enders, 2002; Enders, 2005). Dabei werden aus den Stichproben wiederholt Stichproben gezogen, um Standardfehler zu schätzen (Enders, 2005). Auf die Benutzung korrekterer Satorra-Bentler-Statistiken beim Vorliegen nichtnormal verteilter Variablen wird verzichtet, weil diese erst bei Stichprobengrößen von  $n=200-500$  empfohlen werden (siehe Hoyle, 1995).

Das statistische Kriterium, welches bei der Maximum Likelihood-Schätzung minimiert wird, ist die Fitting-Funktion oder Diskrepanzfunktion und bezieht sich auf die Diskrepanz zwischen beobachteten Kovarianzen und durch das Modell vorhergesagten Kovarianzen (siehe Kline, 2005). Zur Überprüfung der Passung wird der  $\chi^2$ -Test als einzig verfügbarer Test des Unterschieds zwischen der modellimplizierten Population und der beobachteten Stichprobenkovarianzen herangezogen (Markland, 2007; Barrett 2007). Eine alleinige Betrachtung des  $\chi^2$ - Wertes ist aufgrund seiner Stichprobenabhängigkeit, der Abhängigkeit vom Fehler I. Art, der Abhängigkeit von der Reliabilität der Messinstrumente und möglicher Fehlspezifikationen des Modells nicht ausreichend (Markland, 2007; Mulaik, 2007; Millsap, 2007; Goffin, 2007). Bentler (2007) schlägt vor, jedes Modell mit 3 zusätzlichen Fit-Indizes – SRMR, CFI und RMSEA (siehe unten)- zu beschreiben, während Miles und Shevlin (2007) fordern, inkrementelle Fit-Indizes zur Interpretation des  $\chi^2$ - Wertes hinzuzunehmen. Eine gleichzeitige Betrachtung unterschiedlicher Arten von Fit-Indizes (goodness- of- fit- index, badness-of-fit-index, parsimony-adjusted-index, predictive fit indices) im Zusammenhang mit der Stichprobengröße, der Modellkomplexität, alternativer Modelle, möglicher Fehlspezifikationen der Modelle und der substantiellen Bedeutsamkeit der Modelle ermöglicht erst eine kritische Interpretation der Ergebnisse (McIntosh, 2007; Markland, 2007; Miles & Shevlin, 2007; Goffin, 2007; Hayduk, Cummings, Boadu, Pazderka-Robinson & Boulianne, 2007). Folgende Fit-Indizes werden für die Bewertung und Beschreibung der Modelle verwendet:

- ***Chi<sup>2</sup>- Index***: Der  $\chi^2$ -Index ist ein badness-of-fit-Index. Je höher der Wert des Index ist, desto schlechter stimmt das betrachtete Modell mit den beobachteten Daten überein.
- ***Root Mean Square Error of Approximation RMSEA***: Der RMSEA ist ein “parsimony-adjusted-Index”, der einfachere Modelle bevorzugt. Er

schätzt über eine nichtzentrale  $\chi^2$ -Verteilung und gibt den Grad der Missspezifizierung des Modells an. Ein Wert  $<.05$  zeigt eine nahezu passende Schätzung an, Werte zwischen  $.05$ - $.08$  deuten einen Schätzfehler an und Werte  $>.10$  sind Hinweis auf eine fehlende Passung.

- **Comparative Fit Index CFI:** Der CFI ist ein inkrementeller goodness-of-fit-Index. Je höher der Wert ist, desto besser stimmt das betrachtete Modell mit den beobachteten Daten überein. Komparative Fit-Indizes beurteilen verhältnismäßige Verbesserungen der Anpassung von dem betrachteten Modell im Vergleich zum Null- oder Unabhängigkeitsmodell, welches eine Null-Populations-Kovarianzmatrix unter den beobachteten Variablen annimmt. Werte, die  $>.90$  sind, zeigen eine gute Passung des Modells an. Ein CFI von 1.0 zeigt nicht an, dass das Modell eine perfekte Passung hat, sondern nur, dass  $\chi^2$  kleiner ist als die Freiheitsgrade des betrachteten Modells.
- **Root Mean Square Residual RMR:** Der RMR ist ein badness-of-fit-Index und beschreibt die Quadratwurzel der mittleren quadrierten Menge der Unterschiede zwischen beobachteten Varianzen/ Kovarianzen und ihrer Modellschätzungen. Werte  $<.10$  werden bevorzugt.
- **Akaike Information Criterion AIC:** Der AIC ist ein prädiktiver Fit-Index. Diese Art von Indizes bewerten die Passung eines Modells, indem sie eine hypothetische Stichprobenreplikation in der selben Größe und von der selben Population wie das betrachtete Modell machen. Der AIC beruht auf einem Informationstheorieansatz für Datenanalyse, die Schätzung und Modellauswahl unter einem einzelnen konzeptuellen Gerüst verbindet (siehe Kline, 2005; Arbuckle, 2005).

Die Formeln der Fit-Indizes befinden sich in Anhang 25.

Als Datenbasis werden die Kovarianzmatrizen der Variablen, die in den jeweiligen Modellen spezifiziert werden, separat für die türkische und deutsche Stichprobe von SPSS nach AMOS überführt. Mittels AMOS lassen sich Modelle über verschiedene Gruppen prüfen. Dabei geht es um die Frage, ob Modellparameter über die Gruppen variieren. Bei Gruppenvergleichen werden die unstandardisierten Pfadkoeffizienten verwendet (zusammenfassend siehe Kline, 2005). Für die vorliegende Arbeit würde zwar ein Gruppenvergleich über eine multiple Gruppen-Pfadanalyse nahe liegen, jedoch ist diese Vorgehensweise unter dem Aspekt der



Mess-Invarianz problematisch. Um 2 Gruppen vergleichen zu können, muss konfigurale Invarianz der Messmodelle vorliegen (Vandenberg, 2002; Williams, Edwards & Vandenberg, 2003). Konfigurale Invarianz bedeutet, dass die Items, die das Messinstrument beinhaltet, die gleiche Konfiguration von wichtigen (Faktorladung  $\neq 0$ ) und unwichtigen (Faktorladung = 0 oder in der Nähe von 0) Faktorladungen über die zu vergleichenden Gruppen aufweisen. Steenkamp und Baumgartner (1998) fordern darüber hinaus für die Untersuchung struktureller Beziehungen über Gruppen mindestens partielle metrische Invarianz, welche gleiche Faktorladungen einiger Items auf den latenten Variablen impliziert. Interkulturelle Unterschiede in den Beziehungen zwischen Skalenwerten können nämlich nicht nur auf wahre Unterschiede der strukturellen Beziehungen zurückgeführt werden, sondern auch auf Skalierungs-Artefakte, Unterschiede in der Skalenreliabilität und Nonäquivalenz der Konstrukte (Steenkamp & Baumgartner, 1998). Aus diesen Gründen wird in Voranalysen pro Konstrukt und pro Subskala überprüft, ob partielle metrische Invarianz der Skalen gegeben ist. Dazu wird in einem ersten Schritt auf konfigurale Invarianz überprüft. Falls diese vorliegt, werden in einem zweiten Schritt durch das Einführen der Einschränkung gleicher Faktorladungen auf metrische Invarianz, bzw. das Einführen der Einschränkung einzelner gleicher Faktorladungen auf partielle metrische Invarianz getestet. Nur wenn in allen Konstrukten, die ein Modell umfasst, partiell metrische Invarianz gegeben ist, werden die unstandardisierten Parameterschätzungen direkt zwischen der deutschen und türkischen Stichprobe verglichen. Bei fehlender partiell metrischer Invarianz erfolgt kein direkter Vergleich. In diesem Fall werden die Modelle separat für die beiden Gruppen analysiert. Anhand inhaltlicher Überlegungen und Empfehlungen in der Literatur werden zudem in Abhängigkeit des Konstrukts die Items der jeweiligen Subskala als formative oder reflektive Indikatoren im Modell aufgestellt und überprüft.

Mit den Pfadanalysen werden hypothetisierte Mediationseffekte überprüft. Eine Mediator-Variable vermittelt den Effekt einer unabhängigen Variablen UV auf eine abhängige Variable AV (Shrout & Bolger, 2002; MacKinnon, Fairchild & Fritz, 2007). Man geht von einem Mediatoreffekt aus, wenn sowohl der Pfadkoeffizient von der UV zum Mediator als auch derjenige vom Mediator zur AV statistisch signifikant sind. Im Rahmen der Pfadanalyse werden diese beiden Pfade gleich-

zeitig getestet. Eine gleichzeitige Testung der beiden Pfade ergibt das beste Gleichgewicht zwischen dem Fehler I. Art und der statistischen Power (MacKinnon, Lockwood, Hoffman, West & Sheets, 2002). Bei der vollständigen Mediation vermittelt der Mediator den gesamten Effekt zwischen UV und AV, sodass der direkte verschwindet. Bei der partiellen Mediation hingegen ist neben dem indirekten Effekt noch ein direkter Effekt vorhanden ist, der allerdings durch Einführung der Mediatorvariablen schwächer geworden ist (Shrout & Bolger, 2002). In unseren Modellen werden hauptsächlich partielle Mediatoreffekte hypothetisiert. Partielle Mediation tritt in 4 Situationen auf:

- 1.) die UV hat einen spezifischen, direkten Effekt auf die AV und einen indirekten Effekt über den Mediator.
- 2.) Verschiedene Prozesse medieren komplett die Beziehung zwischen UV und AV, aber nur ein Subset dieser Prozesse ist im Modell spezifiziert. Der direkte Effekt von der UV auf die AV würde dann auf Mediatoren zurückzuführen sein, die nicht im Modell enthalten sind.
- 3.) Es liegt eine Fehlspezifikation des Modells vor, z.B. wenn die Stichprobe aus unterschiedlichen Substichproben besteht und eine moderierte Mediation vorliegen könnte.
- 4.) Der Mediator weist einen Messfehler auf, sodass der indirekte Effekt unterschätzt wird (Shrout & Bolger, 2002).

In den Modellen der vorliegenden Arbeit gehen wir von Situation 1 aus, während die anderen Situationen als Möglichkeiten im Diskussionsteil Beachtung finden werden. Zur Interpretation der Mediationseffekte werden die direkten und indirekten Effekte herangezogen (Shrout & Bolger, 2002).

Zur Testung der Modelle wird die Vorgehensweise des „Model Generating“ nach Jöreskog (1993) verwendet. Dabei werden zunächst Modelle in Anlehnung an Theorien oder empirisch abgesicherte Befunde aufgestellt. Wenn die Fit-Indizes der Modelle schlecht sind, werden die Modelle mit Hilfe von Modifikations-Indizes modifiziert, wobei nur Modifikationen vorgenommen werden, die theoretisch fundiert sind bzw. inhaltlich sinnvoll erscheinen. Wenn Modelle mit guten Fit-Indizes erreicht werden, soll die Möglichkeit äquivalenter Modelle überprüft werden. Die Auswahl des besten Modells zwischen konkurrierenden äquivalenten Modelle soll

sich nach inhaltlich-theoretischen Überlegungen und nach dem Kriterium der Sparsamkeit der Modelle (AIC) richten (siehe Jöreskog, 1993).

Die Itemzuordnungen der benutzten Skalen der einzelnen Fragebögen befinden sich im Anhang 26.

### **3. Ergebnisse**

Im den ersten Kapiteln des Ergebnisteils (3.1-3.5) werden Ergebnisse zur Überprüfung der Normalverteilung der Variablen, der Parallelisierung und nicht kontrollierter Einflüsse aufgeführt. Für die beiden psychiatrischen Gruppen werden außerdem Ergebnisse zur Messinvarianz und zur Bildung der für die Pfadmodelle relevanten Indizes dargestellt. Unter Punkt 3.6. werden die Stichproben getrennt nach Diagnosegruppe hinsichtlich ihrer soziodemographischen, krankheitsbezogenen und behandlungsbezogenen Merkmale beschrieben. Kapitel 3.7 beinhaltet die Ergebnisse zu Unterschieden in krankheitsrelevanten Faktoren (Fragestellung 1), Kapitel 3.8 die Befunde zu Unterschieden in Behandlungsergebnissen (Fragestellung 2), Kapitel 3.9. die Ergebnisse zur Prädiktionskraft krankheitsrelevanter Faktoren für die Behandlungsergebnisse im Gruppenvergleich (Fragestellung 3) und Kapitel 3.10 eine Darstellung der Ergebnisse bezüglich des Stressverarbeitungs-Mediator-Modells, des Behandlungsmotivations-Mediator-Modells und des Stress-Modells im Gruppenvergleich als auch die Befunde zum Akkulturations-Modell.

#### **3.1 Prüfung auf Normalverteilung und Ausreißerwerte**

Die Verteilung der Variablen wurde mittels Betrachtung der Kurtosis- und Schiefe-Werte getrennt für die vier Gruppen (deutsch\_KHK; türkisch\_KHK; deutsch\_psychiatrisch, türkisch\_psychiatrisch) überprüft. Fast alle Variablen wichen nur leicht bis mittelmäßig von der Normalverteilung ab (d.h. Schiefe $<2$ ; Kurtosis $<7$ ). Die wenigen stark von der Normalverteilung abweichenden Variablen wurden entweder aus den Analysen ausgeschlossen (z.B. PSDI aus BSI) oder im Rahmen normalverteilter Summenscores (z.B. soziale Unterstützung), integriert. Anhand der Betrachtung der Streudiagramme ( $X$ = krankheitsrelevanter Faktor,  $y$ = Behandlungsergebnis-Indikator  $t_1$ ) der vier Gruppen konnten keine bedeutsamen systematischen Effekte einzelner Ausreißerwerte nachgewiesen werden, die zu künstlichen Zusammenhängen geführt haben oder vorhandene Zusammenhänge verdeckt haben. Einzeln vorkommende Ausreißerwerte können aus diesem Grunde vernachlässigt werden.

### **3.2 Überprüfung der Parallelisierung nach Alter, Geschlecht, Diagnose und Behandlungsort**

Patienten deutscher und türkischer Herkunft mit koronaren Herzerkrankungen wurden bezüglich Alter, Geschlecht und Diagnose optimal parallelisiert (siehe Tabelle 31 & 32), z.B. unterschieden sich die Gruppen nicht signifikant hinsichtlich der durchschnittlichen Anzahl betroffener Gefäße, des Vorliegens eines Bypasses, Vorliegens von Stents, der Anzahl von Herzoperationen und Herzinfarkten sowie des Vorliegens von Herzinsuffizienz und Angina Pectoris. Da Patienten mit koronaren Herzerkrankungen lediglich in der Klinik am Südpark rekrutiert wurden, fiel der Behandlungsort als Kontrollvariable weg.

Türkische und deutsche Patienten mit psychiatrischen Diagnosen waren hinsichtlich Alter und Geschlecht ähnlich gut parallelisiert. Bezüglich der Diagnosen ergaben sich leichte Abweichungen zwischen den Gruppen: Türkische Patienten wiesen dabei häufiger somatoforme Störungen auf (F45 nach ICD-10), deutsche Patienten hingegen häufiger Neurasthenie (F48.0 nach ICD-10). Insgesamt hatten türkische Patienten häufiger Doppeldiagnosen aus den Bereichen F3 und F4, deutsche Patienten häufiger Störungen aus dem F4-Bereich (siehe Tabellen 34 & 35). Die Parallelisierung bezüglich des Behandlungsortes gelang lediglich bei Patienten der Klinik am Südpark. 76,7 % der türkischen Patienten und 73,1 % der deutschen Patienten wurden in der Klinik am Südpark rekrutiert. Die Patienten aus den beiden Psychiatrien (Gießen und Marburg) konnten hinsichtlich des Behandlungsortes nicht parallelisiert werden, da es in Gießen an türkischen Patienten mangelte und in Marburg an deutschen Patienten. Aus Gießen stammten 3,1 % der türkischen Patienten und 20,2 % der deutschen Teilnehmer, während aus Marburg 20,2 % der türkischen Stichprobe und 6,7 % der deutschen stammten. Zur Lösung des Problems wurde eine Parallelisierung zwischen türkischen Patienten aus Marburg und deutschen Patienten aus Gießen durchgeführt. Diese Vorgehensweise legitimierte sich durch das Fehlen signifikanter Unterschiede zwischen deutschen (türkischen) Patienten in Gießen und deutschen (türkischen) Patienten in Marburg hinsichtlich sämtlicher krankheitsrelevanter Faktoren und Indikatoren der Behandlungsergebnisse.

### **3.3. Überprüfung nicht kontrollierter Einflüsse**

#### **3.3.1 Interviewerwechsel**

7,8 % (20,83%) der türkischen (deutschen) Patienten mit koronaren Herzerkrankungen erlebten einen Interviewerwechsel. Bei 23,3 % der türkischen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen und bei 28,44 % der deutschen Patienten dieser Diagnosegruppe fand ebenfalls ein Interviewerwechsel statt. Effekte dieses Wechsels konnten in beiden Diagnosegruppen (KHK vs. psychiatrisch) weder bei türkischen noch bei deutschen Patienten gefunden werden.

#### **3.3.2 Wechsel bei den Arzteinschätzungen**

Bei 27,5 % türkischer und 24,5 % deutscher Patienten mit koronaren Herzerkrankungen fand ein Arztwechsel statt, der sich jedoch bei den Arzteinschätzungen nicht auf Veränderungen in den jeweiligen Parametern (Einschränkung des Patienten aus Sicht des Arztes, NYHA-Klasse Herzinsuffizienz und Angina Pectoris) von Messzeitpunkt t0 auf t1 auswirkte. In beiden psychiatrischen Gruppen konnten zwar keine Effekte eines Arztwechsels auf die Veränderungen der GAF- und CGI-Werte von Messzeitpunkt t0 auf t1 festgestellt werden, jedoch führte in beiden Stichproben ein Arztwechsel zu einer geringeren Veränderung im Beeinträchtigungs-Schwere- Score BSS. Da sich der Anteil der Personen mit Arztwechsel zwischen der deutschen und türkischen Gruppe mit psychischen Störungen nicht signifikant unterschied (türkisch: 23,6 %; deutsch: 15,1 %;  $\chi^2 = 2,35$ ;  $df=1$ ;  $p=.126$ ) muss die Variable „Arztwechsel“ nicht kontrolliert werden.

#### **3.3.3 Analphabetismus**

5 Personen der türkischen KHK-Gruppe und 7 Personen der türkischen Gruppe mit psychiatrischen Diagnosen hatten mangelhafte Lese- und Rechtschreibfähigkeiten. Bei analphabetischen türkischen KHK- Patienten zeigte sich im Vergleich zu türkischen Personen, die lesen und schreiben konnten, eine geringere subjektive Lebensqualität im umweltbezogenen Bereich, ein schlechterer Umgang mit krankheitsbezogenem Stress, eine geringere Akkulturation sowie eine höhere Anzahl kritischer Lebensereignisse in den vergangenen vier Jahren. Sie glaubten

auch weniger an ihren eigenen Einfluss und stärker an einen chronischen Krankheitsverlauf, außerdem schätzten sie die Behandlung als weniger wirksam ein.

Analphabetische türkische Patienten der psychiatrischen Gruppe somatisierten stärker, waren depressiver, weniger offen und hatten eine geringere Lebensqualität im körperlichen und psychischen Bereich als Personen mit Lese- und Rechtschreibkenntnissen. Darüber hinaus glaubten sie eher an einen chronischen Verlauf und an zufällige Ursachen ihrer Erkrankung. Tendenziell waren sie weniger von ihren eigenen Einflussmöglichkeiten überzeugt und wurden von Ärzten bei Aufnahme der Behandlung im CGI als schwerer krank eingestuft.

Zur Überprüfung des Einflusses der o.g. Unterschiede wurde ein Vergleich der deutschen und türkischen Patienten der jeweiligen Diagnosegruppen ohne die analphabetischen Patienten vorgenommen. Lediglich bei der Variablen „Offenheit für Erfahrung“ konnte die signifikant niedrigere Ausprägung bei türkischen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen auf die Gruppe der analphabetischen Patienten zurückgeführt werden, da dieser Unterschied beim Vergleich der deutschen und türkischen psychiatrischen Stichprobe unter der Bedingung des Weglassens analphabetischer Patienten nicht mehr signifikant war.

### **3.3.4 Migrantengeneration**

Die türkische KHK-Gruppe bestand ausschließlich aus Personen der ersten Migrantengeneration, in der türkischen Gruppe mit psychiatrischen Diagnosen stammten vier Personen aus der 2. Generation. Sie wiesen im Vergleich zu den Personen der ersten Generation eine höhere subjektive Lebensqualität im körperlichen Bereich auf, hatten im Durchschnitt bessere Schulabschlüsse und wurden bei Entlassung von den Ärzten hinsichtlich der Schwere ihrer Erkrankung (CGI) besser bewertet. Weiterhin zeigte sich bei diesen 4 Personen eine stärkere Feindseligkeit am Ende der Behandlung. Diese Unterschiede wirkten sich jedoch nicht auf die Unterschiede zwischen deutschen und türkischen psychiatrischen Patienten der Gesamtstichprobe aus, sodass die Effekte der Migrantengeneration außer Acht gelassen werden können.

### **3.4 Drop-out- Analysen**

12 Probanden wurden aufgrund unpassender Diagnosen (schizophrene Erkrankungen n=4; Panikstörungen n=4; Abhängigkeitserkrankung n=1; Persönlichkeitsstörungen n=3) aus den Analysen ausgeschlossen und gehören nicht zur Drop-Out-Stichprobe. Die Drop-Out-Stichprobe umfasste 38 Probanden. Davon brach eine Person vor dem ersten Interview ab, 13 während des ersten Interviews, 22 vor dem Zweitinterview und ein Proband während des Zweitinterviews. Das Durchschnittsalter der Dropout-Stichprobe betrug 49 Jahre; 47,4 % waren männlich, 60,5 % türkischer Herkunft. Die Diagnosen verteilten sich zu 26,5 % auf koronare Herzerkrankungen, zu 58,8 % auf depressive Erkrankungen und zu 14,7 % auf Störungen aus dem F4-Bereich der ICD-10. Die Abbruchrate des Zentrums für Psychiatrie in Gießen betrug 34,5 %, im Zentrum für Soziale Psychiatrie in Marburg 20,6 % und in der Klinik am Südpark in Bad Nauheim nur 7 % ( $\chi^2= 25,662$ ;  $df=2$ ;  $p<.001$ ). Die Dropoutgründe sind in Tabelle 23 zu sehen.

Tabelle 23: Gründe für den Drop-Out mit Häufigkeitsangabe N= Anzahl der Abbrecher

<b>Abbruchgründe</b>	<b>N (über alle 3 Kliniken)</b>	<b>N in Gießen</b>	<b>N in Marburg</b>	<b>N in Bad Nauheim</b>
Mangelnde Compliance	12	3	1	8
Fehlende Meldung des Entlassungstermins	7	5	2	0
Überlastung, Erschöpfung	5	0	0	5
Therapieabbruch	4	3	0	1
Vorzeitige Entlassung/ Verlegung	3	0	0	3
Mangelnde Konzentrationsfähigkeit	2	0	0	2
Analphabetismus	2	0	1	1
Verkehrsunfall der Interviewerin	1	0	1	0
Unbekannt	2	0	0	2

In allen 4 Gruppen (türkisch\_KHK; türkisch\_psychiatrisch; deutsch\_KHK; deutsch\_psychiatrisch) unterschieden sich Teilnehmer und Abbrecher nicht signifikant bezüglich Alter und Geschlecht. Beim Vergleich türkischer Teilnehmer der KHK-Gruppe mit Personen, die nach dem ersten Interview herausfielen, ergaben sich keine bedeutsamen Unterschiede bei soziodemographischen Variablen und krankheitsbezogenen Konstrukten sowie bei Parametern der Behandlungsergebnisse, die zum ersten Messzeitpunkt erfasst worden sind. Zum gleichen Ergebnis



kam man in der Gruppe der deutschen Patienten mit koronaren Herzerkrankungen.

Bei türkischen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen zeigte sich im Vergleich zu Teilnehmern beider Messzeitpunkte bei Personen, die nach dem ersten Interview abbrachen folgendes:

- niedrigeres Netto-Einkommen
- näher an der Klinik wohnen,
- weniger behandlungsmotiviert nach Arzteinschätzung
- häufiger depressive Störung.

Bei den deutschen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen zeigten Personen, die nach dem ersten Interview ausfielen, folgende Unterschiede zu Teilnehmern beider Messzeitpunkte:

- näher an der Klinik wohnen
- häufiger arbeitslos
- schlechtere Bewertung im globalen Funktionsniveau GAF bei Aufnahme t0 durch Ärzte
- stärkere Tendenz bei Stress zu resignieren
- schlechtere soziale Lebensqualität
- weniger zufrieden mit der familiären Unterstützung

Türkische und deutsche Personen mit psychiatrischen Diagnosen, die nach dem ersten Interview aufhörten, wurden häufiger in den Psychiatrien behandelt als Teilnehmer, die zu beiden Messzeitpunkten interviewt worden sind. Es zeigt sich tendenziell ein häufigeres Ausscheiden von stärker beeinträchtigten Patienten, insbesondere bei deutschen Patienten. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt man beim Vergleich der Teilnehmer beider Messzeitpunkte mit den Personen, die aus persönlichen Gründen nach dem Erstinterview herausgefallen sind.

### **3.5 Überprüfung der Messinvarianz und der Bildung von Indizes**

Es stellte sich heraus, dass der reflexive Ansatz für alle Konstrukte besser passte, sodass sich die vorliegenden Ergebnisse auf Modelle beziehen, in denen die Items einer Subskala immer reflektiv sind (siehe Tabellen 24-28).

Tabelle 24: Ergebnisse der Überprüfung der Messinvarianz des Illness-Perception Questionnaires IPQ-R-GI über die türkische und deutsche psychiatrische Stichprobe mit reflektiver Itemfunktion

<b>Skala</b>	<b>Fit-Indizes</b>	<b>Ergebnis</b>
Chronischer Verlauf	Konfigurale Messinvarianz: Chi <sup>2</sup> = 79,354; df= 18; p<.001 RMR=,071 CFI=,912 RMSEA=,118	Keine konfigurale Messinvarianz
Negative Konsequenzen	Konfigurale Messinvarianz: Chi <sup>2</sup> =60,004; df=18; p<.001 RMR= ,098 CFI=,878 RMSEA= ,097	Keine konfigurale Messinvarianz
Zyklischer Verlauf	Konfigurale Messinvarianz: Chi <sup>2</sup> =16,299; df=4; p=.003 RMR=,57 CFI=,888 RMSEA=,112	Keine konfigurale Messinvarianz
Emotionale Reaktionen	Konfigurale Messinvarianz: Chi <sup>2</sup> =82,975; df=18; p<.001 RMR=,063 CFI=,908 RMSEA=,121	Keine konfigurale Messinvarianz
Persönlicher Einfluss	Konfigurale Messinvarianz: Chi <sup>2</sup> =47,908; df=18; p>.001 RMR=,077 CFI=,860 RMSEA=,082	Keine konfigurale Messinvarianz
Behandlungswirksamkeit	Konfigurale Messinvarianz: Chi <sup>2</sup> =32,155; df=10; p<.001 RMR=,057 CFI=,919 RMSEA=,095	Keine konfigurale Messinvarianz

Tabelle 25: Ergebnisse der Überprüfung der Messinvarianz der für die Pfadmodelle relevanten Subskalen des Stressverarbeitungsfragebogens SVF-78 über die türkische und deutsche psychiatrische Stichprobe mit reflektiver Itemfunktion

Skala	Fit-Indizes	Ergebnis
Ablenkung	Konfigurale Messinvarianz: Chi <sup>2</sup> = 45,480; df= 18; p<.001 RMR=,103 CFI=.924 RMSEA=,079	Keine konfigurale Messinvarianz
Reaktionskontrolle	Konfigurale Messinvarianz: Chi <sup>2</sup> = 31,241; df= 18; p=.027 RMR=,062 CFI=.968 RMSEA=,055	Keine konfigurale Messinvarianz
Resignation	Konfigurale Messinvarianz: Chi <sup>2</sup> = 28,287; df= 18; p=.059 RMR=,074 CFI=.974 RMSEA=,048	Keine konfigurale Messinvarianz
Gedankliche Weiterbeschäftigung	Konfigurale Messinvarianz: Chi <sup>2</sup> = 28,962; df= 18; p=.049 RMR=,067 CFI=.980 RMSEA=,050	Keine konfigurale Messinvarianz
Selbstbeschuldigung	Konfigurale Messinvarianz: Chi <sup>2</sup> = 32,481 df=18; p=.019 RMR=,094 CFI=.963 RMSEA=,057	Keine Konfigurale Messinvarianz
Situationskontrolle	Konfigurale Messinvarianz: Chi <sup>2</sup> = 33,941 df=18; p=.013 RMR=,079 CFI=.954 RMSEA=,060	Keine Konfigurale Messinvarianz
Flucht	Konfigurale Messinvarianz: Chi <sup>2</sup> = 73,636 df=18; p<.001 RMR=,180 CFI=.836 RMSEA=,112	Keine Konfigurale Messinvarianz
Positive Selbstinstruktion	Konfigurale Messinvarianz: Chi <sup>2</sup> = 43,921 df=18; p=.001 RMR=,059 CFI=.955 RMSEA=,077	Keine Konfigurale Messinvarianz

Tabelle 26: Ergebnisse der Überprüfung der Messinvarianz der Multidimensional Scale of Perceived Social Support MSPSS über die türkische und deutsche psychiatrische Stichprobe mit reflektiver Itemfunktion

Skala	Fit-Indizes	Ergebnis
Familiäre Unterstützung	Konfigurale Messinvarianz: Chi <sup>2</sup> = 19,991; df= 4; p=.001 RMR=,160 CFI=.968 RMSEA=,133	Keine konfigurale Messinvarianz
Unterstützung durch Freunde	Konfigurale Messinvarianz: Chi <sup>2</sup> = 27,506; df=4; p<.001 RMR=,144 CFI=.960 RMSEA=,161	Keine konfigurale Messinvarianz
Unterstützung durch bedeutsame andere	Konfigurale Messinvarianz: Chi <sup>2</sup> = 8,139; df=4; p=.087 RMR=,070 CFI=.990 RMSEA=,068  Metrische Messinvarianz: Chi <sup>2</sup> = 24,049; df=7; p=.001 RMR=,422 CFI=.960 RMSEA=,104	konfigurale Messinvarianz gegeben  keine metrische Messinvarianz

Tabelle 27: Ergebnisse der Überprüfung der Messinvarianz des Brief Symptom Inventory BSI (Messzeitpunkt t1) über die türkische und deutsche psychiatrische Stichprobe mit reflektiver Itemfunktion

Skala	Fit-Indizes	Ergebnis
Somatisierung	Konfigurale Messinvarianz: Chi <sup>2</sup> = 54,995; df= 28; p=.002 RMR=,076 CFI=.933 RMSEA=,065	Keine konfigurale Messinvarianz
Zwanghaftigkeit	Konfigurale Messinvarianz: Chi <sup>2</sup> = 43,839; df= 18; p=.001 RMR=,057 CFI=.943 RMSEA=,079	Keine konfigurale Messinvarianz
Soziale Unsicherheit	Konfigurale Messinvarianz: Chi <sup>2</sup> = 17,011; df=4; p=.002 RMR=,059 CFI=.936 RMSEA=,119	Keine konfigurale Messinvarianz

Depressivität	Konfigurale Messinvarianz: Chi <sup>2</sup> = 25,591; df= 18; p=.087 RMR=,041 CFI=.985 RMSEA=,046	konfigurale Messinvarianz gegeben
Ängstlichkeit	Konfigurale Messinvarianz: Chi <sup>2</sup> = 45,074 df=18; p<.001 RMR=,059 CFI=,954 RMSEA=,081	Keine Konfigurale Messinvarianz
Feindseligkeit	Konfigurale Messinvarianz: Chi <sup>2</sup> = 29,841 df=10 p=.001 RMR=,066 CFI=,893 RMSEA=,093	Keine Konfigurale Messinvarianz
Phobische Angst	Konfigurale Messinvarianz: Chi <sup>2</sup> = 16,710 df=10; p=.081 RMR=,082 CFI=.982 RMSEA=,054	Keine Konfigurale Messinvarianz
Paranoides Denken	Konfigurale Messinvarianz: Chi <sup>2</sup> = 25,178 df=10; p=.005 RMR=,062 CFI=,935 RMSEA=,082	Keine Konfigurale Messinvarianz
Psychotizismus	Konfigurale Messinvarianz: Chi <sup>2</sup> = 29,583 df=10; p=.001 RMR=,037 CFI=.891 RMSEA=,093	Keine Konfigurale Messinvarianz

Tabelle 28: Ergebnisse der Überprüfung der Messinvarianz des WHO Quality of Life-BREF WHOQOL-BREF (Messzeitpunkt t1) über die türkische und deutsche psychiatrische Stichprobe mit reflektiver Itemfunktion

Skala	Fit-Indizes	Ergebnis
Physisches Wohlbefinden	Konfigurale Messinvarianz: Chi <sup>2</sup> = 35,491; df= 29; p=.189 RMR=,049 CFI=.986 RMSEA=,031  Partielle metrische Messinvarianz (Item 15 gleichgesetzt): Chi <sup>2</sup> = 35,447; df= 28; p=.157 RMR=,049 CFI=.984 RMSEA=,034	konfigurale Messinvarianz gegeben  partielle metrische Messinva- rianz gegeben

Psychische Wohlbefinden	Konfigurale Messinvarianz: Chi <sup>2</sup> =31,113; df= 18; p=.028 RMR=,049 CFI=.971 RMSEA=,057	Keine konfigurale Messinvarianz
Soziale Beziehungen	Nicht überprüfbar, da nur 3 Itemindikatoren	?
Umwelt	Konfigurale Messinvarianz: Chi <sup>2</sup> = 99,194; df= 40; p<.001 RMR=,068 CFI=.815 RMSEA=,081	Keine konfigurale Messinvarianz?
Globalwert	Nicht überprüfbar, da nur 2 Itemindikatoren	?

Bei fast allen Skalen des IPQ-R-GI, des SVF-78 und des MSPSS kann nicht von partieller metrischer Invarianz ausgegangen werden. Eine Testung des NEO-FFI auf Messinvarianz mit reflektiver Itemfunktion spricht für fehlende partielle metrische Invarianz aller Subskalen. Die Ergebnisse werden nicht aufgeführt, da sie in Anbetracht der hohen Zahl frei zu schätzender Parameter (etwa 50) und der geringen Stichprobengröße nicht zuverlässig interpretiert werden können. Die Subskala „Verträglichkeit“ sollte vorsichtig interpretiert werden, da in der deutschen Stichprobe die Faktorladungen ihrer Items durchweg unbedeutend waren. Bezüglich der Subskalen des BSI ergaben sich bei allen Skalen außer der Depressivität signifikante Chi<sup>2</sup>-Werte, d.h. man kann hier nicht von konfiguraler Messinvarianz ausgehen. Bei Betrachtung der alternativen Fit-Indizes könnte man hingegen durchaus von einer guten Passung des Datenmodells auf die Rohdaten sprechen, z.B. bei den Subskalen Somatisierung und phobische Angst. Aufgrund der Zusammenfassung aller Subskalen des BSI im GSI als Behandlungsergebnis-Indikator im Rahmen der Pfadmodelle kann jedoch bereits beim Abweichen einer Subskala nicht mehr von Messinvarianz ausgegangen werden, weshalb auf eine weitere Überprüfung der Subskala „Depressivität“ auf metrische Invarianz verzichtet wurde. Beim WHOQOL-BREF kann nur bei der subjektiven Lebensqualität im körperlichen Bereich von partieller metrischer Varianz ausgegangen werden. Bezüglich der Lebensqualität im sozialen und globalen Bereich liessen sich aufgrund der geringen Zahl an reflektiven Indikatoren keine prüfaren Modelle aufstellen. Aufgrund der großen Anzahl frei zu schätzender Parameter (=32) bei der subjektiven Lebensqualität im umweltbezogenen Bereich, lässt sich dieses Ergebnis nicht zuverlässig interpretieren. Bei der Messung der Lebens-

qualität mit dem EQ-5D konnte ebenso wenig Messinvarianz bestätigt werden. Bezüglich der Erhebungsinventare zu kritischen Lebensereignissen und Migrationsbelastungen bzw. Belastungen wurden keine Messinvarianzprüfungen vorgenommen, da diese Instrumente keine Subskalenstruktur aufwiesen und eine Überprüfung der Gesamtskala aufgrund der hohen Itemzahl nicht zuverlässig interpretiert werden könnte. Aus diesen Befunden heraus verbietet es sich, einen direkten Vergleich der aufgestellten Pfadmodelle zwischen türkischen und deutschen Patienten vorzunehmen, da die unstandardisierten Pfadkoeffizienten bei fehlender partieller metrischer Invarianz nicht mehr direkt miteinander verglichen werden dürfen. Aus diesem Grunde werden Pfadmodelle für beide Patientengruppen (deutsch vs. türkisch) separat überprüft. Folgende Indizes sollen für die Pfadanalysen gebildet werden: adaptive Stressverarbeitung, maladaptive Stressverarbeitung, soziale Unterstützung, pessimistische Krankheitskonzepte und krankheitsbezogene Kontrollüberzeugungen. Der Zweck der Bildung dieser Indizes besteht darin, Prädiktorvariablen in sinnvolle Einheiten zu aggregieren, um sie alle gleichzeitig bei den entsprechenden Modellberechnungen beachten zu können. Alternativ müssten die Einzelskalen separat als Prädiktor in die Modellrechnungen eingehen, jedoch können sie dann aufgrund ihrer großen Anzahl, der damit einhergehenden hohen Anzahl frei zu schätzender Parameter relativ zum Stichprobenumfang nicht alle gleichzeitig in eine Modellgleichung aufgenommen werden. Die Befunde legen nahe, dass die Bildung der Indizes „pessimistische Krankheitskonzepte“ (Skalen: Negative Konsequenzen, emotionale Reaktionen, chronischer & zyklischer Verlauf des IPQ-R-GI) und „krankheitsbezogene Kontrollüberzeugung“ (Skalen: Behandlungswirksamkeit & persönlicher Einfluss des IPQ-RGI) weder formativ noch reflektiv möglich ist. Auch die Bildung formativer Indizes bei adaptiver und maladaptiver Stressverarbeitung sowie sozialer Unterstützung funktionierte nicht. Jedoch konnten für die letzteren 3 Konstrukte reflektive Indizes gebildet werden (Tabellen 29 & 30).

Tabelle 29: Bildung der reflektiven Indizes „adaptive Stressverarbeitung“, „maladaptive Stressverarbeitung“ und „soziale Unterstützung“ in der türkischen Stichprobe mit psychiatrischen Diagnosen

Index	Subskalen	Ladungen	Ergebnisse
Adaptive Stressverarbeitung	Reaktionskontrolle	.83	Chi <sup>2</sup> =,576; df=2; p=.750 RMR=,006 CFI=1,000 RMSEA=,000
	Situationskontrolle	.82	
	Positive Selbstinstruktion	.91	
	Ablenkung	.77	
Maladaptive Stressverarbeitung	Resignation	.76	Chi <sup>2</sup> =,319; df=2; p=.853 RMR=,008 CFI=1,000 RMSEA=,000
	Gedankliche Weiterbeschäftigung	.74	
	Selbstbeschuldigung	.50	
	Flucht	.48	
Soziale Unterstützung	Familiäre soziale Unterstützung	.39	Chi <sup>2</sup> =2,836; df=2; p=.242 RMR=,049 CFI=,989 RMSEA=,060
	Unterstützung durch Freunde	.93	
	Unterstützung durch bedeutsame andere	.67	

Tabelle 30: Bildung der reflektiven Indizes „adaptive Stressverarbeitung“, „maladaptive Stressverarbeitung“ und „soziale Unterstützung“ in der deutschen Stichprobe mit psychiatrischen Diagnosen

Index	Subskalen	Ladungen	Ergebnisse
Adaptive Stressverarbeitung	Reaktionskontrolle	.88	Chi <sup>2</sup> =,946; df=2; p=.623 RMR=,009 CFI=1,000 RMSEA=,000
	Situationskontrolle	.45	
	Positive Selbstinstruktion	.83	
	Ablenkung	.70	
Maladaptive Stressverarbeitung	Resignation	.82	Chi <sup>2</sup> =,353; df=2; p=.838 RMR=,008 CFI=1,000 RMSEA=,000
	Gedankliche Weiterbeschäftigung	.36	
	Selbstbeschuldigung	.78	
	Flucht	.85	
Soziale Unterstützung	Familiäre soziale Unterstützung	.77	Chi <sup>2</sup> =3,852; df=2; p=.146 RMR=,040 CFI=,979 RMSEA=,095
	Unterstützung durch Freunde	.59	
	Unterstützung durch bedeutsame andere	.80	

### **3.6 Beschreibung der Stichproben**

Die Beschreibung der Stichproben erfolgt getrennt nach Diagnosegruppen.

#### **3.6.1 Stichproben mit koronaren Herzerkrankungen**

In den Tabellen 31-33 befindet sich eine Übersicht über die soziodemographischen und krankheitsbezogenen Merkmale türkischer und deutscher Patienten mit koronaren Herzerkrankungen.



Tabelle 31: Soziodemographie der Patienten mit **koronaren Herzerkrankungen**

Variable	Türken (n=51)	Deutsche (n=50)	t-/Chi <sup>2</sup> -Wert	Signifikanz (p)
Alter Ø (n)	59,63 (51)	61,92 (50)	t=-1.624	.108
Geschlecht (m:w) % (n)	74,5:25,5 (38:13)	80:20 (40:10)	Chi <sup>2</sup> = .433	.511
Familienstand % (n)	ledig	0 (0)	Chi <sup>2</sup> = 11,078	<b>.050</b>
	verheiratet	92,2 (47)		
	getrennt	0 (0)		
	geschieden	5,9 (3)		
	verwitwet	2 (1)		
Religion % (n)	muslimisch	98 (50)	Chi <sup>2</sup> = 97.571	<b>&lt;.001</b>
	evangelisch	0 (0)		
	katholisch	0 (0)		
	keine	2 (1)		
Schulabschluss % (n)	kein Abschluss	10 (5)	Chi <sup>2</sup> = 65.695	<b>&lt;.001</b>
	Sonderschule	0 (0)		
	Grundschule	66 (33)		
	Hauptschule	0 (0)		
	Realschule	10 (5)		
	Abitur	14 (7)		
Berufsabschluss % (n)	kein Abschluss	72 (36)	Chi <sup>2</sup> = 39.839	<b>&lt;.001</b>
	Lehre	22 (11)		
	Studium	6 (3)		
Berufsstatus % (n)	Vollzeit	17,6 (9)	Chi <sup>2</sup> = 18.344	<b>.001</b>
	Teilzeit	0 (0)		
	nicht berufstätig	2 (1)		
	arbeitslos	21,6 (11)		
	berentet	58,8 (30)		
Nettoeinkommen pro Haushalt in Euro % (n)	<500	11,8 (6)	Chi <sup>2</sup> = 39.686	<b>&lt;.001</b>
	500-1000	58,8 (30)		
	1000-1500	17,6 (9)		
	1500-2000	7,8 (4)		
	2000-2500	0 (0)		
	>2500	3,9 (2)		
Entfernung zwischen Wohnort und Klinik % (n)	im Wohnort	7,8 (4)	Chi <sup>2</sup> = 6.285	<b>.179</b>
	bis 10 km entfernt	3,9 (2)		
	bis 50 km entfernt	37,3 (19)		
	bis 100 km entfernt	33,3 (17)		
	>100 km entfernt	17,6 (9)		
Anzahl der Kinder Ø (n)	3,31 (51)	1,8 (50)	t= 5.811	<b>&lt;.001</b>
Größe des Haushalts Ø (n)	2,18 (51)	1,24 (50)	t= 3.322	<b>.001</b>

Tabelle 32: Merkmale der Krankheit und Behandlung der Patienten mit **koronaren Herzerkrankungen**

Variable		Türken (n=51)	Deutsche (n=50)	t-/Chi <sup>2</sup> -Wert	Signifi- kanz (p)
Gefäßerkrankung ( Anzahl betroffener Gefäße) % (n)	1	18,2 (8)	40 (18)	Chi <sup>2</sup> = 5.368	.068
	2	22,7 (10)	13,3 (6)		
	3	59,1 (26)	46,7 (21)		
Vorliegen von Bypass ACB/ ACVB % (n)		34 (17)	44 (22)	Chi <sup>2</sup> = 1.051	.305
Vorliegen von Stent(s) % (n)		54 (27)	48 (24)	Chi <sup>2</sup> = .360	.548
Anzahl der Herz-Ops Ø (n)		0,85 (39)	0,84 (45)	t= .008	.994
Anzahl der Herzinfarkte Ø (n)		0,93 (41)	0,71 (45)	t= 1.413	.161
Herzinsuffizienz t0 (NYHA) % (n)	I	7,1 (1)	0 (0)	Chi <sup>2</sup> = 1.920	.589
	II	57,1 (8)	40 (4)		
	III	21,4 (3)	30 (3)		
	IV	14,3 (2)	30 (3)		
Herzinsuffizienz t1 (NYHA) % (n)	I	50 (5)	50 (6)	Chi <sup>2</sup> = 2.933	.231
	II	30 (3)	50 (6)		
	III	20 (2)	0 (0)		
	IV	0 (0)	0 (0)		
Angina Pectoris t0 (NYHA) % (n)	I	7,7 (1)	0 (0)	Chi <sup>2</sup> = 2.173	.337
	II	38,5 (5)	71,4 (5)		
	III	53,8 (7)	28,6 (2)		
	IV	0 (0)	0 (0)		
Angina Pectoris t1 (NYHA) % (n)	I	12,5 (1)	25 (1)	Chi <sup>2</sup> = .750	.861
	II	50 (4)	50 (2)		
	III	25 (2)	25 (1)		
	IV	12,5 (1)	0 (0)		
Hypertonie t0 % (n)	Nein	25,5 (13)	42,9 (21)	Chi <sup>2</sup> = 5.152	.161
	Grad 1	54,9 (28)	49 (24)		
	Grad 2	17,6 (9)	6,1 (3)		
	Grad 3	2 (1)	2		
Hypertonie t1 % (n)	Nein	25,5 (13)	49 (24)	Chi <sup>2</sup> = 9.022	<b>.029</b>
	Grad 1	54,9 (28)	42,9 (21)		
	Grad 2	17,6 (9)	4,1 (2)		
	Grad 3	2 (1)	4,1 (2)		
Erkrankungsdauer (Wochen) Ø (n)		174,22 (51)	130,94 (44)	t= .668	.506
Anzahl stationärer Aufenthalte wegen Haupter- krankung Ø (n)		3,57 (51)	3,2 (48)	t= .447	.656
Gesamtdauer aller stationären Aufenthalte we- gen Haupterkrankung (Tage) Ø (n)		61,37 (51)	54,96 (47)	t= .333	.740
Dauer d. aktuellen Klinikaufenthaltes (Tage) Ø (n)		21,98 (51)	21,37 (50)	t= .559	.577
Anzahl arbeitsunfähiger Tage bzgl. letzte 12 Monate Ø (n)		91,37 (49)	27,41 (46)	t= 3.625	<b>.001</b>
Erwerbsfähigkeitsminderung vorhanden % (n)		52,9 (27)	30 (15)	Chi <sup>2</sup> = 5.470	<b>.019</b>
Wartezeit bis Aufnahme (Wochen) Ø (n)		1,62 (51)	1,41 (50)	t= .463	.644
Reha- Maßnahme wegen Arbeitslosigkeit % (n)		9,8 (5)	0 (0)	Chi <sup>2</sup> = 6.254	<b>.044</b>
Kostenträger % (n)	Krankenkasse	72,5 (37)	90 (45)	Chi <sup>2</sup> = 10.838	<b>.013</b>
	Selbstzahler	0 (0)	4 (2)		
	Rentenversicherung	25,5 (13)	4 (2)		
Behandlung % (n)	Medikamente	100 (51)	98 (48)	Chi <sup>2</sup> = 1.051	.490
	Psychotherapie	19,6 (10)	20,8 (10)	Chi <sup>2</sup> = .023	1.000
	Bewegungstherapie	94,1 (48)	93,8 (45)	Chi <sup>2</sup> = .006	1.000
	Physiotherapie	96,1 (49)	85,4 (41)	Chi <sup>2</sup> = 3.401	.086
	Sonstiges	25,5 (13)	25 (12)	Chi <sup>2</sup> = .003	.955

Tabelle 33: Ergebnisse des KHK-Bogen-Aktenblattes zu Blutparametern und EKG-Auffälligkeiten bei Patienten mit **koronaren Herzerkrankungen** (mg/ dl= Milligramm pro Deziliter)

<b>Parameter (in mg/dl)</b>	<b>Türken (n=50)</b>	<b>Deutsche (n=49)</b>	<b>t-Wert</b>	<b>Signifikanz (p)</b>
Cholesterin t0 (Ø)	173	164,94	.975	.332
HDL t0 (Ø)	44,04	43,33	.373	.710
LDL t0 (Ø)	94,56	85,20	1.434	.155
Triglyzeride t0 (Ø)	177,53	169,73	.500	.618
Blutzucker t0 (Ø)	122,39	111,68	2.025	<b>.046</b>
<b>Parameter (in mg/ dl)</b>	<b>Türken (n=11)</b>	<b>Deutsche (n=20)</b>	<b>t-Wert</b>	<b>Signifikanz (p)</b>
Cholesterin t1 (Ø)	174	182,9	-.702	.488
HDL t1 (Ø)	44,36	49,85	-1.128	.268
LDL t1 (Ø)	95	98,11	-.329	.745
Triglyzeride t1 (Ø)	183,91	174,05	.299	.767
Blutzucker t1 (Ø)	114,38	104,08	1.238	.228
<b>Auffälligkeiten (%)</b>	<b>Türken (n=50)</b>	<b>Deutsche (n=49)</b>	<b>Chi<sup>2</sup>-Wert</b>	<b>Signifikanz (p)</b>
Ruhe-EKG	46	40	.307	.580
Belastungs-EKG	15,9	9,1	.935	.521
Echokardiographie	50	43,2	.420	.517
<b>Auffälligkeiten (%)</b>	<b>Türken (n=50)</b>	<b>Deutsche (n=49)</b>	<b>t-Wert</b>	<b>Signifikanz (p)</b>
Körpergröße (cm) (Ø)	163,02	174,7	-3.365	<b>.001</b>
Gewicht t0 (kg) (Ø)	78,85	84,79	-1.861	.066
Gewicht t1 (kg) (Ø)	79,51	84,27	-1.506	.135

Fehlende Alters-, Geschlechts- und Diagnoseunterschiede bestätigen eine gelungene Parallelisierung zwischen der deutschen und türkischen KHK-Gruppe (vgl. 3.2). Türkische Patienten hatten lediglich bei Entlassung signifikant häufiger eine Hypertonie des Grades II (siehe Tabelle 32). Hinsichtlich wichtiger Blutparameter wurden kaum Unterschiede zwischen den Gruppen gefunden. Türkische KHK-Patienten hatten jedoch im Durchschnitt einen höheren Blutzucker als Deutsche bei Aufnahme der Behandlung t0 (siehe Tabelle 33). Tendenziell zeigten sie häufiger Auffälligkeiten im EKG, insbesondere unter Belastung, und häufiger Auffälligkeiten bei der Echokardiographie (siehe Tabelle 33).

Türkische Patienten waren häufiger verheiratet, hatten mehrere Kinder und einen größeren Haushalt als deutsche Patienten. Deutsche Patienten hingegen waren schulisch und beruflich höher qualifiziert. Während die Arbeitslosenrate der türkischen Teilnehmer bei 21,6 % lag, gab es in der deutschen Gruppe u.a. aufgrund der höheren Berentungsrate keinen einzigen Arbeitslosen. Der schwächere sozioökonomische Status türkischer Patienten zeigte sich auch in einem bedeutsam geringerem Nettoeinkommen (siehe Tabelle 31). Obwohl die beiden Grup-

pen bezüglich ihrer Krankheitsdauer, der Anzahl stationärer Aufenthalte und der Gesamtdauer der Klinikaufenthalte vergleichbar waren, zeigte sich bei türkischen Patienten an mehr als dreifach soviel Tagen eine Arbeitsunfähigkeit im Alltag und/ oder Beruf in den vergangenen 12 Monaten als bei Patienten deutscher Herkunft. Außerdem wiesen über 50% der türkischen Teilnehmer eine Erwerbsfähigkeitsminderung auf, während es bei deutschen Patienten nur 30 % waren. Beide Patientengruppen erhielten eine ähnliche Behandlung, die bei fast allen Patienten Medikamente, Bewegungs- und Physiotherapie umfasste. Etwa 20 % der Patienten beider Gruppen wurden zusätzlich psychotherapeutisch behandelt (siehe Tabelle 32). Türkische KHK-Patienten waren bezüglich Physiotherapie und Bewegungstherapie signifikant weniger compliant als deutsche KHK-Patienten.

Alle türkischen Patienten der KHK-Gruppe gehören zur ersten Migrantengeneration, d.h. sind in der Türkei geboren worden und dann nach Deutschland migriert. 52,9 % der Personen stammen aus städtischen Regionen der Türkei, 47,1 % aus ländlichen Gebieten. Das durchschnittliche Alter bei Migration betrug 25,96 Jahre (Range: 9-40 Jahre). Die Migranten kamen zwischen 1965 und 2001 nach Deutschland, wo sie sich im Durchschnitt 35 Jahre befinden (Range: 6- 42). Hauptgründe der Migration waren Arbeitssuche und Familienzusammenführung, gefolgt von wirtschaftlich bedingter Flucht (siehe Abbildung 10).

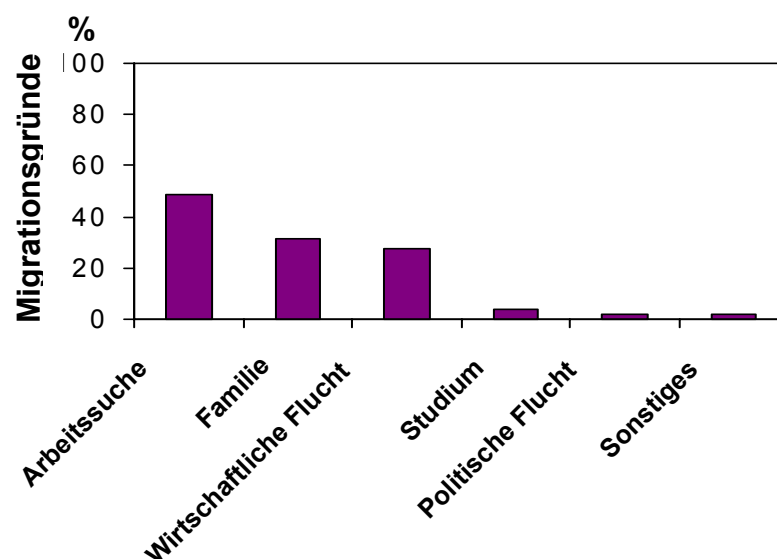


Abbildung 10: Gründe für die Migration bei türkischen Patienten mit **koronaren Herzerkrankungen** in Prozenten (%).

### 3.6.2 Stichproben mit psychiatrischen Diagnosen

Die Ergebnisse zu den soziodemographischen und krankheitsbezogenen Merkmalen türkischer und deutscher Patienten mit psychiatrischen Diagnosen sind in den Tabellen 34 und 35 zu sehen.

Tabelle 34: Soziodemographie der Patienten mit **psychiatrischen Diagnosen**

Variable		Türken (n=129)	Deutsche (n=119)	t-/Chi <sup>2</sup> -Wert	Signifikanz (p)
Alter Ø (n)		45,26 (129)	46,71 (119)	t= -1.286	.200
Geschlecht (m: w) % (n)		40,3: 59,7 (52: 77)	44,5: 55,5 (53:66)	Chi <sup>2</sup> = .453	.501
Familienstand % (n)	ledig	3,9 (5)	15,1 (18)	Chi <sup>2</sup> = 11.795	<b>.038</b>
	verheiratet	71,3 (92)	56,3 (67)		
	getrennt	5,4 (7)	4,2 (5)		
	geschieden	16,3 (21)	19,3 (23)		
	mit Partner leb.	0,8 (1)	1,7 (2)		
	verwitwet	2,3 (3)	3,4 (4)		
Religion % (n)	muslimisch	97,7 (126)	0 (0)	Chi <sup>2</sup> = 235.863	<b>&lt;.001</b>
	evangelisch	0 (0)	45,8 (54)		
	katholisch	0,8 (1)	39 (46)		
	keine	1,6 (2)	15,3 (18)		
Schulabschluss % (n)	kein Abschluss	14,8 (19)	3,5 (4)	Chi <sup>2</sup> = 113.352	<b>&lt;.001</b>
	Sonderschule	0 (0)	4 (3,4)		
	Grundschule	46,1 (59)	0 (0)		
	Hauptschule	7,8 (10)	61,4 (70)		
	Realschule	21,9 (28)	24,6 (28)		
	Abitur	9,4 (12)	10,5 (12)		
Berufsabschluss % (n)	kein Abschluss	71,1 (91)	26,1 (27)	Chi <sup>2</sup> = 50.911	<b>&lt;.001</b>
	Lehre	25,8 (33)	69,7 (83)		
	Studium	3,1 (4)	4,2 (5)		
Berufsstatus % (n)	Vollzeit	44,9 (57)	55,5 (66)	Chi <sup>2</sup> = 16.015	<b>.007</b>
	Teilzeit	11 (14)	16 (16)		
	nicht berufstätig	5,5 (7)	6,7 (8)		
	arbeitslos	29,1 (37)	9,2 (11)		
	berentet	3,9 (5)	6,7 (8)		
Nettoeinkommen pro Haushalt in Euro % (n)	<500	10,1 (13)	4,2 (5)	Chi <sup>2</sup> = 29.161	<b>&lt;.001</b>
	500-1000	27,9 (36)	16,1 (19)		
	1000-1500	31 (40)	23,7 (28)		
	1500-2000	19,4 (25)	18,6 (22)		
	2000-2500	10,1 (13)	19,5 (23)		
	>2500	1,6 (2)	17,8 (21)		
Entfernung zwischen Wohnort und Klinik % (n)	im Wohnort	6,3 (8)	5 (6)	Chi <sup>2</sup> = 20.288	<b>&lt;.001</b>
	bis 10 km entfernt	3,1 (4)	14,3 (17)		
	bis 50 km entfernt	16,4 (21)	21 (25)		
	bis 100 km entfernt	16,4 (21)	3,4 (4)		
	>100 km entfernt	57,8 (74)	56,3 (67)		
Anzahl der Kinder Ø (n)		2,64 (128)	1,42 (118)	t= 7.461	<b>&lt;.001</b>
Größe des Haushalts Ø (n)		2,66 (129)	1,71 (119)	t= 4.827	<b>&lt;.001</b>

Tabelle 35: Merkmale der Erkrankung und Behandlung der Patienten mit **psychiatrischen Diagnosen**

Variable		Türken (n=129)	Deutsche (n=119)	t-/Chi <sup>2</sup> -Wert	Signifi- kanz (p)
Diagnose nach ICD-10 % (n)	Depressive Episode F32	42,6 (55)	31,9 (38)	Chi <sup>2</sup> = 3.025	.082
	Rezidivierende depres- sive Störung F33	27,9 (36)	22,7 (27)	Chi <sup>2</sup> = .889	.383
	Anhaltende affektive Störung F34	4,7 (6)	4,2 (5)	Chi <sup>2</sup> = .030	.864
	Anpassungsstörung F43	21,7 (28)	23,5 (28)	Chi <sup>2</sup> = .118	.731
	Somatoforme Störung F45	37,2 (48)	13,4 (16)	Chi <sup>2</sup> = 18.257	<b>&lt;.001</b>
	Neurasthenie F48.0	5,4 (7)	15,1 (18)	Chi <sup>2</sup> = 6.425	<b>.011</b>
Diagnoseklassen nach ICD-10 % (n)	F3	45,7 (59)	48,7 (58)	Chi <sup>2</sup> = 14.339	<b>.001</b>
	F4	26,4 (34)	41,2 (49)		
	F3 & F4	27,9 (36)	10,1 (12)		
Erkrankungsdauer (Wochen) Ø (n)		355,62 (121)	373,87(107)	t= -.331	.741
Anzahl stationärer Aufenthalte wegen Haupterkrankung Ø (n)		1,88 (119)	2,03 (109)	t= -.664	.507
Gesamtdauer aller stationären Aufenthalte wegen Haupterkrankung (Tage) Ø (n)		70,33 (119)	88,94 (105)	t= -1.248	.213
Dauer des aktuellen Klinikaufenthaltes (Ta- ge) Ø (n)		36,68 (129)	36,45 (119)	t= .066	.948
Anzahl arbeitsunfähiger Tage bezüglich der letzten 12 Monate Ø (n)		160,01 (127)	72,88 (117)	t= 6.049	<b>&lt;.001</b>
Erwerbsfähigkeitsminderung vorhanden(%)		38 (49)	20,7 (24)	Chi <sup>2</sup> = 8.754	<b>.013</b>
Wartezeit bis Aufnahme (Wochen) Ø (n)		11,13 (99)	7,4 (87)	t= 2.868	<b>.005</b>
Reha- Maßnahme wegen Arbeitslosigkeit % (n)		13,4 (13)	1,2 (1)	Chi <sup>2</sup> = 9.665	<b>.002</b>
Kostenträger % (n)	Krankenkasse	12 (13)	5,6 (5)	Chi <sup>2</sup> = 2.442	.120
	Rentenversicherung	88 (95)	94,4 (84)		
Behandlung % (n)	Medikamente	98,4 (120)	89,7 (96)	Chi <sup>2</sup> = 7.949	<b>.008</b>
	Psychotherapie	99,2 (120)	98,2 (107)	Chi <sup>2</sup> = .453	.605
	Bewegungstherapie	96,7 (117)	92,7 (101)	Chi <sup>2</sup> = 1.887	.237
	Physiotherapie	92,5 (111)	79,6 (86)	Chi <sup>2</sup> = 8.015	<b>.005</b>
	Sonstiges	81 (98)	73,4 (80)	Chi <sup>2</sup> = 1.892	.169
Ort der Behandlung % (n)	Gießen	3,1 (4)	20,2 (24)	Chi <sup>2</sup> = 24,225	<b>&lt;.001</b>
	Marburg	20,2 (26)	6,7 (8)		
	Bad Nauheim	76,7 (99)	73,1 (87)		

Fehlende Alters- und Geschlechtsunterschiede sprechen für eine gute Paralleli-  
sierung zwischen türkischen und deutschen Patienten, allerdings ergaben sich  
zwischen den Gruppen leichte Abweichungen bezüglich der Diagnosen (vgl. 3.2).  
Türkische Patienten waren häufiger verheiratet und kinderreicher, deutsche Pati-  
enten häufiger ledig. Die schulische und berufliche Ausbildung ist bei deutschen  
Patienten im Durchschnitt besser. Über 70 % der türkischen Teilnehmer konnten  
keinen Berufsabschluss nachweisen. Bei türkischen Patienten lag- wie in der  
KHK-Gruppe- eine im Vergleich zu Deutschen höhere Arbeitslosenrate vor  
(29,1% vs. 9,2 %) und damit einhergehend hatten sie ein wesentlich niedrigeres

Nettoeinkommen. Arbeitslosigkeit war bei türkischen Patienten der Klinik am Südpark häufiger der Grund für die Anordnung einer Rehabilitation als bei deutschen Patienten. Trotz ähnlicher Krankheitsdauer, Anzahl stationärer Aufenthalte und Gesamtdauer der Klinikaufenthalte waren türkische Patienten im Vergleich zu Deutschen in den letzten 12 Monaten an mehr als doppelt so viel Tagen in Beruf und/ oder Haushalt arbeitsunfähig. Zudem wiesen 38% der türkischen Teilnehmer eine Erwerbsfähigkeitsminderung auf, während es bei deutschen Patienten mit 20,7 % bedeutsam weniger waren. Türkische Patienten der Klinik am Südpark warteten im Durchschnitt länger auf die Klinikaufnahme nach Antragstellung der Rehabilitationsmaßnahme. Insgesamt wurden sie etwas häufiger mit Medikamenten und physiotherapeutischen Maßnahmen behandelt als deutsche Patienten. Signifikante Compliance-Unterschiede konnten nicht gefunden werden.

97 % der türkischen Patienten sind Migranten der ersten Generation, während 3 % der Gruppe in Deutschland geboren wurde. 49,6 % der Personen stammen aus städtischen Regionen der Türkei, 50,4 % aus ländlichen Gebieten. Das durchschnittliche Alter bei Migration betrug 17,32 Jahre (Range: 0,67-35 Jahre) und die Migration fand zwischen 1963 und 2001 statt. Die Patientenstichprobe befindet sich im Durchschnitt seit 30 Jahren in Deutschland (Range: 6-55). Als Hauptgrund für die Migration wurde die Familienzusammenführung genannt (siehe Abbildung 11)

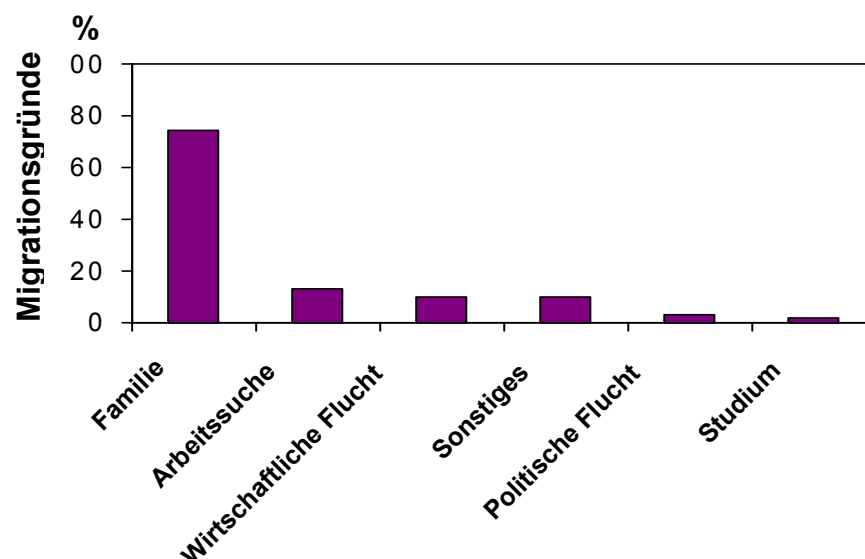


Abbildung 11: Gründe für die Migration bei türkischen Patienten mit **psychiatrischen Diagnosen** in Prozenten

### 3.7 Ergebnisse zur Fragestellung 1: Welche Unterschiede bezüglich krankheitsrelevanter Faktoren ergeben sich zwischen türkischen und deutschen Patienten?

Die Ergebnisse befinden sich für beide Diagnosegruppen im Anhang 27.

#### 3.7.1 Subjektive Krankheitskonzepte

Türkische und deutsche KHK-Patienten unterschieden sich nicht signifikant hinsichtlich der Skala „Identität“, d.h. sie attribuierten in ähnlicher Ausprägung körperliche Symptome auf ihre Erkrankung (siehe Anhang 27). Außerdem hatten sie ähnliche subjektive Krankheitsvorstellungen bezüglich des Verlaufs ihrer Erkrankung und der Behandlungswirksamkeit. Sie befürchteten jedoch im Vergleich zu Deutschen signifikant stärker negative Krankheitskonsequenzen u. a. auf ihr soziales Umfeld oder ihr Leben allgemein. Darüber hinaus schätzten sie ihre eigenen Einflussmöglichkeiten auf die Erkrankung niedriger ein als deutsche Patienten (siehe Abbildung 12).

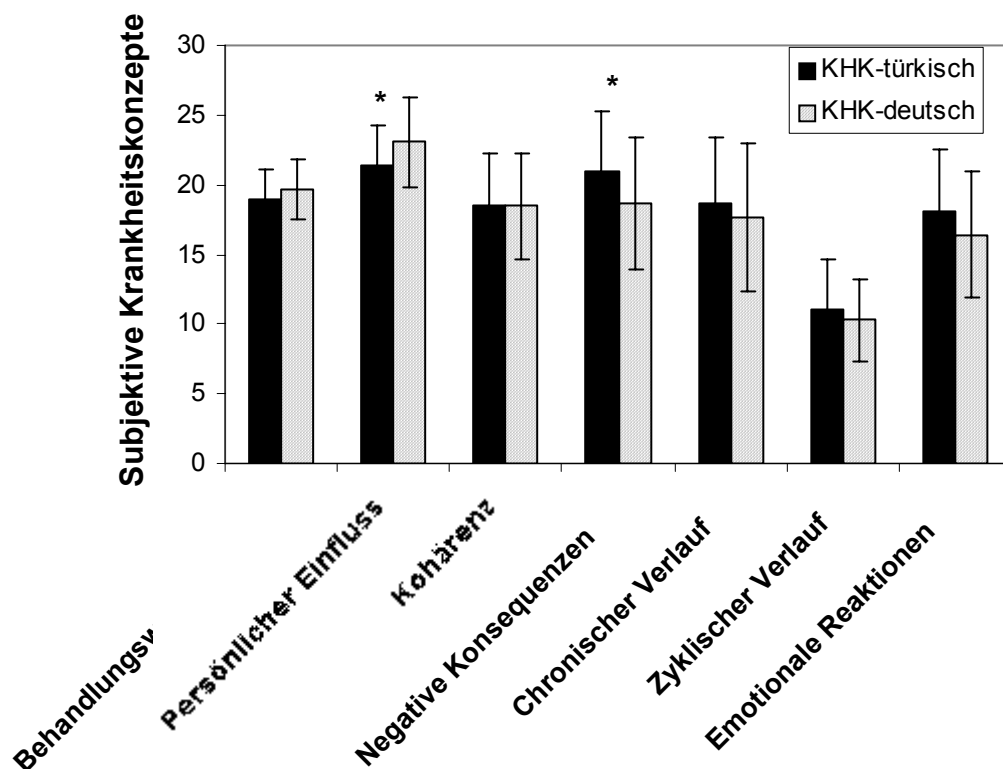


Abbildung 12: Itemgewichtete Mittelwerte und Standardabweichungen der Skalen des Illness Perception Questionnaires IPQ-R-GI bei türkischen und deutschen Patienten mit **koronaren Herzerkrankungen** (\*=  $p < .05$ ).



In diesem Zusammenhang nannten deutsche KHK-Patienten häufiger folgende Einflussstrategien: Bewegung/ Spaziergänge/ Sport, gesünder essen, positives Denken und sich an Therapieregeln und Empfehlungen halten, während türkische Teilnehmer eher der Meinung waren, nichts gegen die Krankheit tun zu können (siehe Anhang 28). Beide Gruppen hatten ein ähnlich gutes Krankheitsverständnis (Skala „Kohärenz“), jedoch reagierten türkische KHK-Patienten tendenziell stärker mit Angst, Wut und Depressivität auf die Erkrankung (siehe Abbildung 12).

Wie Tabelle 36 zeigt, sahen türkische KHK-Patienten als Ursachen ihrer Erkrankung stärker arbeitsbedingte Aspekte (wie z.B. ein Zuviel an Arbeit oder schädigende Arbeitsplatzbedingungen) und religiöse Faktoren an. So vermuteten sie stärker als deutsche KHK-Patienten, dass ihre Krankheit von Gott gegeben ist. Auch andere externale Faktoren, wie verschmutzte Umwelt, Unfälle oder schlechte Wohnbedingungen, machten sie stärker für ihre Krankheit verantwortlich als Deutsche. Insgesamt scheint der sozioökonomische Status in der Gruppe der türkischen KHK-Teilnehmer eine größere Rolle als subjektiver Krankheitsauslöser zu spielen als bei den deutschen Patienten (siehe auch Anhang 29).

Tabelle 36: Unterschiede bei angenommenen Krankheitsursachen (IPQ-R-GI) zwischen deutschen und türkischen **KHK**-Patienten

<b>Angenommene Krankheitsursachen</b>	<b>Ergebnis</b>	<b>t-Test</b>
Umweltverschmutzung/ Umweltgifte	Türken > Deutsche	p<.05
Überarbeitung	Türken > Deutsche	p<.005
Alterungsprozess	Türken > Deutsche	p<.005
Unfall oder Verletzung	Türken > Deutsche	p<.05
Verändertes Immunsystem	Türken > Deutsche	p<.05
Schicksal	Türken > Deutsche	p<.005
Von Gott gegeben	Türken > Deutsche	p<.001
Ungünstiges Klima	Türken > Deutsche	p<.05
Zu viel harte körperliche Arbeit	Türken > Deutsche	p<.001
Andere gesundheitsschädigende Arbeitsbedingungen	Türken > Deutsche	p<.005
Finanzielle Probleme	Türken > Deutsche	p<.05
Schlechte Wohnbedingungen	Türken > Deutsche	p<.05
Mangelnde Willenskraft	Türken > Deutsche	p<.005

Türkische Patienten mit psychiatrischen Diagnosen wiesen höhere Ausprägungen auf der Skala „Identität“ auf als Teilnehmer deutscher Herkunft (siehe Anhang 27). Wie in Abbildung 13 zu erkennen, waren sie zudem bedeutsam weniger von der Behandlungswirksamkeit und ihrem eigenen Einfluss auf ihre Krankheit überzeugt. So dachten deutsche Patienten stärker, dass sie durch Sport, Bewegung, Entspannung und Gespräche ihre Erkrankung positiv beeinflussen können, während türkische Patienten häufiger annahmen, nichts dagegen tun zu können (siehe Anhang 30). Ihre pessimistischeren Krankheitsvorstellungen zeigten sich auch in stärkeren Befürchtungen negativer Krankheitskonsequenzen und chronischer Krankheitsverläufe. Emotional reagierten beide Gruppen in ähnlicher Weise ängstlich und wütend auf die Erkrankung. Deutschen Teilnehmern war ihre Krankheit verständlicher und weniger rätselhaft als türkischen Patienten (siehe Abbildung 13).

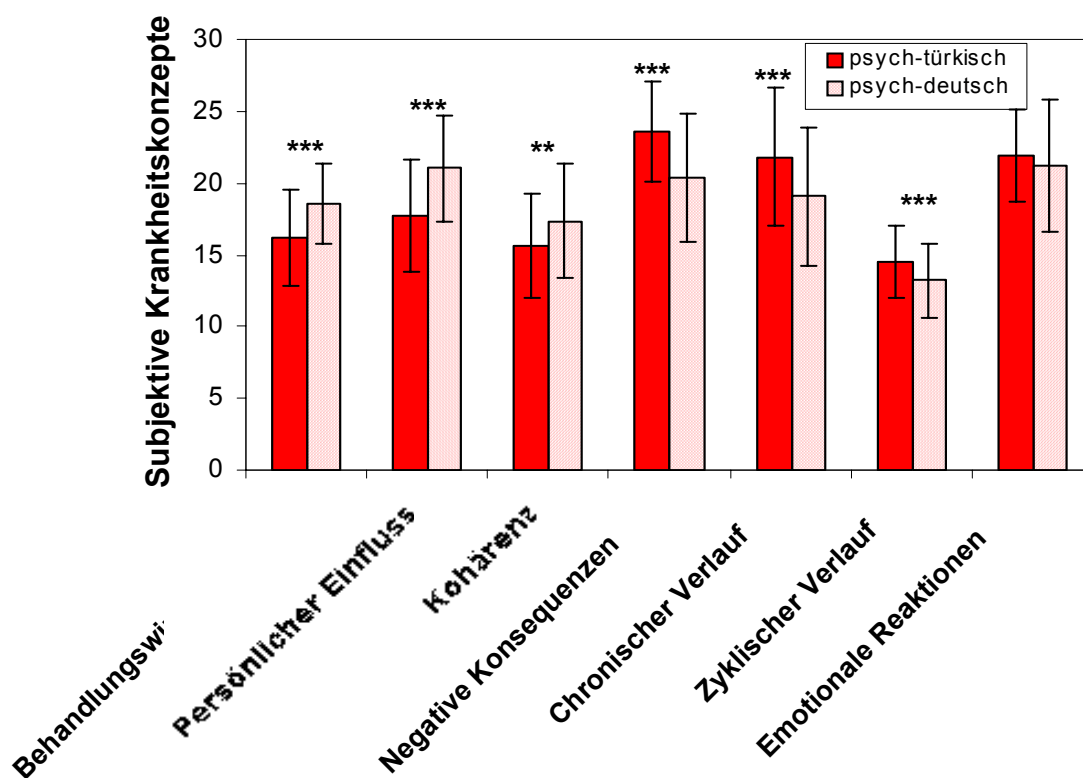


Abbildung 13: Itemgewichtete Mittelwerte und Standardabweichungen der Skalen des Illness Perception Questionnaires IPQ-R-GI bei türkischen und deutschen Patienten mit **psychiatrischen Diagnosen** (\*\*\* =  $p < .001$ , \*\* =  $p < .005$ ).

Türkische Patienten mit psychiatrischen Diagnosen machten schlechte Arbeitsplatzbedingungen verantwortlicher für ihre Krankheit als deutsche Patienten. Sie

hatten auch eher die Vorstellung, dass die Krankheit von Gott gegeben ist oder eine Strafe Gottes darstellt. Ferner glaubten sie stärker an magische Einwirkungen. Neben weiteren externalen Ursachen sahen sie ihre eigene mangelnde Willenskraft stärker als mögliche Krankheitsursache, während deutsche Patienten häufiger familiäre Konflikte oder Konflikte mit anderen wichtigen Bezugspersonen als Krankheitsursache angaben (siehe Tabelle 37, siehe Anhang 31).

Tabelle 37: Unterschiede bei angenommenen Krankheitsursachen (IPQ-R-GI) zwischen deutschen und türkischen Patienten mit **psychiatrischen Diagnosen**

Angenommene Krankheitsursachen	Ergebnis	t-Test
Stress und Sorgen	Türken > Deutsche	p<.05
Schlechte medizinische Versorgung	Türken > Deutsche	p<.05
Verändertes Immunsystem	Türken > Deutsche	p<.001
Von Gott gegeben	Türken > Deutsche	p<.001
Strafe Gottes	Türken > Deutsche	p<.005
Magische Einwirkungen	Türken > Deutsche	p<.05
Zu viel harte körperliche Arbeit	Türken > Deutsche	p<.001
Andere gesundheitsschädigende Arbeitsbedingungen	Türken > Deutsche	p<.001
Mangelnde Willenskraft	Türken > Deutsche	p<.005
Konflikte mit der Ursprungsfamilie	Türken < Deutsche	p<.001
Konflikte mit anderen wichtigen Bezugspersonen	Türken < Deutsche	p<.05

In beiden Diagnosegruppen zeigten sich dementsprechend bedeutsame Unterschiede bei subjektiven Krankheitsvorstellungen zwischen deutschen und türkischen Patienten.

### 3.7.2 Somatisierung

Türkische Patienten beider Diagnosegruppen wiesen eine stärkere Somatisierungsneigung im Screening für somatoforme Störungen (SOMS) auf. Sie berichteten signifikant mehr körperliche Symptome ohne organische Ursache (Beschwerde-Index), und mehr Symptome der Somatisierungsstörung nach DSM-IV und ICD-10 (DSM-IV und ICD-10-Index). Auf dem SAD-Index (SAD= somatoform autonom dysfunction), der das urogenitale, das pulmonale und das Magen-Darm-System umfasst, hatten sie ebenfalls bedeutsam höhere Werte als deutsche Patienten (siehe Abbildungen 14 und 15).

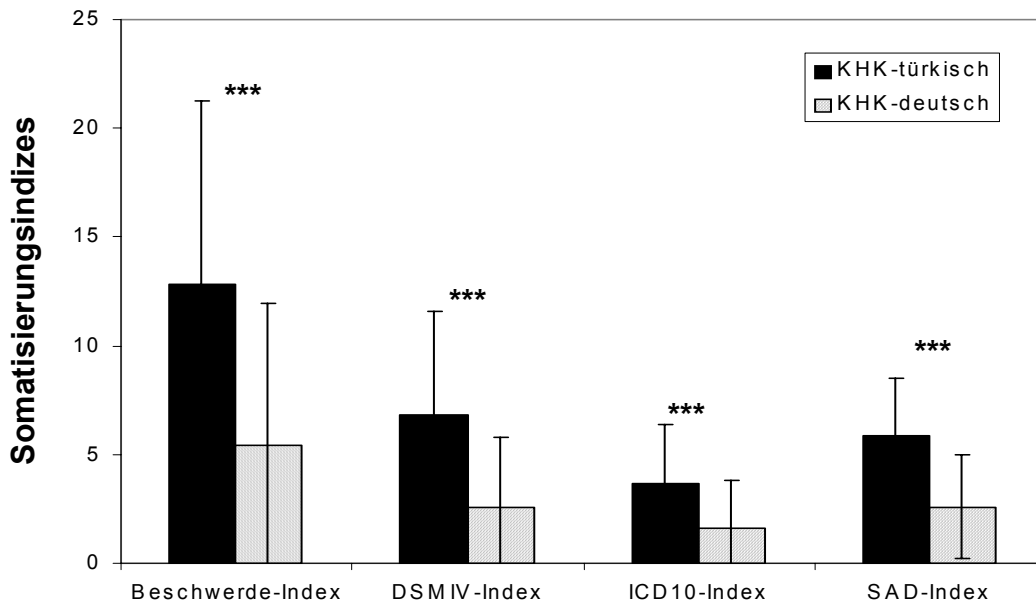


Abbildung 14: Mittelwerte und Standardabweichungen der Somatisierungsindizes des Screenings für Somatoforme Störungen SOMS bei türkischen und deutschen Patienten mit **koronaren Herzerkrankungen** (\*\*\*) =  $p < .001$ ).

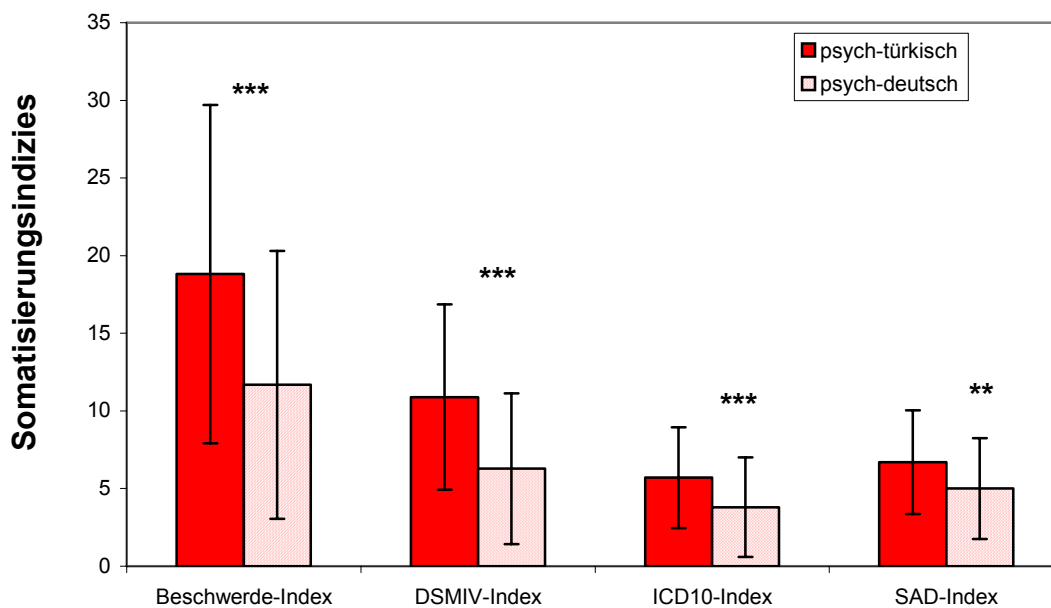


Abbildung 15: Mittelwerte und Standardabweichungen der Somatisierungsindizes des Screenings für Somatoforme Störungen SOMS bei türkischen und deutschen Patienten mit **psychiatrischen Diagnosen** (\*\*\*) =  $p < .001$ , \*\* =  $p < .005$ ).

### 3.7.3 Krankheitsspezifische Stressverarbeitung

Türkische Patienten beider Diagnosegruppen berichteten, stärker mit maladaptiven Verarbeitungsstrategien zu reagieren, wenn sie durch ihre Krankheit beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht werden. So zeigt

ten sie signifikant stärker die Strategien „Flucht“ und „Grübeln/ Gedankliche Weiterbeschäftigung“ als deutsche Patienten. Es gesellte sich ferner ein bedeutsam stärkere resignative Stressverarbeitung bei türkischen KHK-Patienten und ein signifikant stärkere Selbstbeschuldigungstendenz bei türkischen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen im Vergleich zu den jeweiligen deutschen Diagnosegruppen dazu (siehe Abbildung 16 & 17).

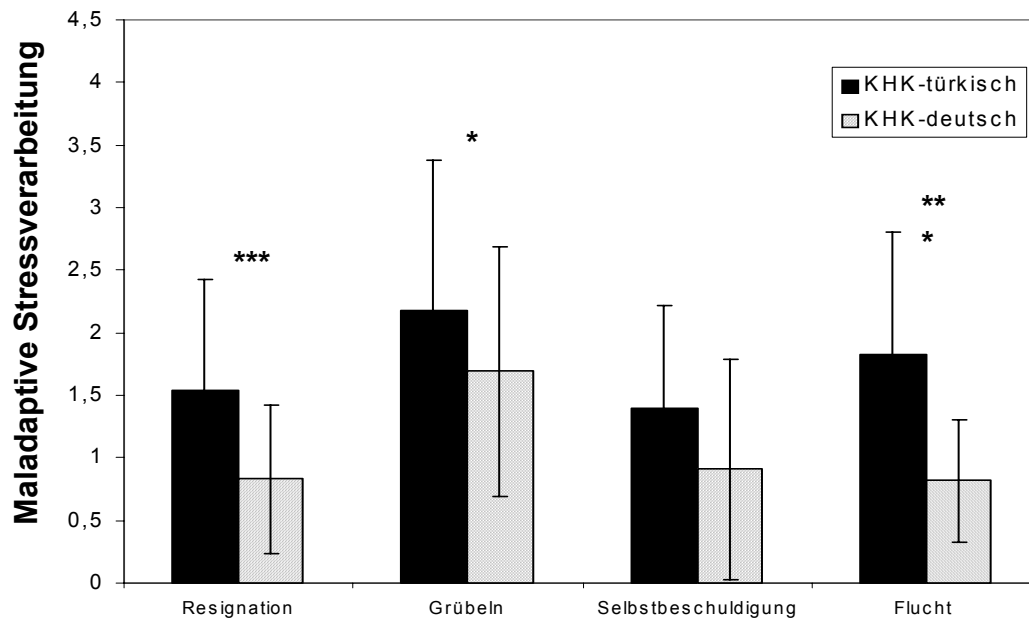


Abbildung 16: Mittelwerte und Standardabweichungen der maladaptiven Stressverarbeitungsstrategien des Stressverarbeitungsfragebogens SVF-78 bei türkischen und deutschen Patienten mit **koronaren Herzerkrankungen** (\*\* =  $p < .005$ , \* =  $p < .05$ ).

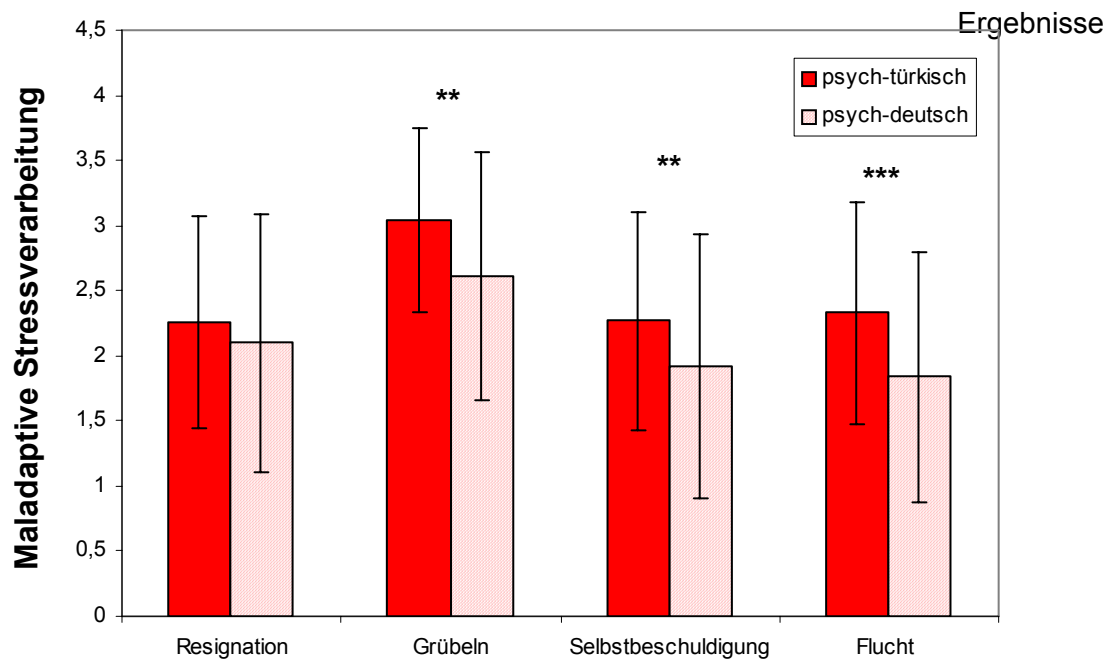


Abbildung 17: Mittelwerte und Standardabweichungen der maladaptiven Stressverarbeitungsstrategien des Stressverarbeitungsfragebogens SVF-78 bei türkischen und deutschen Patienten mit **psychiatrischen Diagnosen** (\*\* =  $p < .005$ , \*\*\* =  $p < .001$ ).

Deutsche Patienten der psychiatrischen Gruppe gingen eigenen Aussagen zufolge adaptiver mit krankheitsspezifischem Stress um als türkische Patienten der gleichen Diagnosegruppe, beispielsweise durch Ablenkung oder durch Kontrollausübung auf die eigenen Reaktionen. In beiden Diagnosegruppen neigten deutsche Patienten stärker dazu, sich bei Stress positiv selbst zu instruieren, z.B. auf keinen Fall aufgeben zu dürfen oder sich entmutigen zu lassen (siehe Abbildungen 18 & 19).

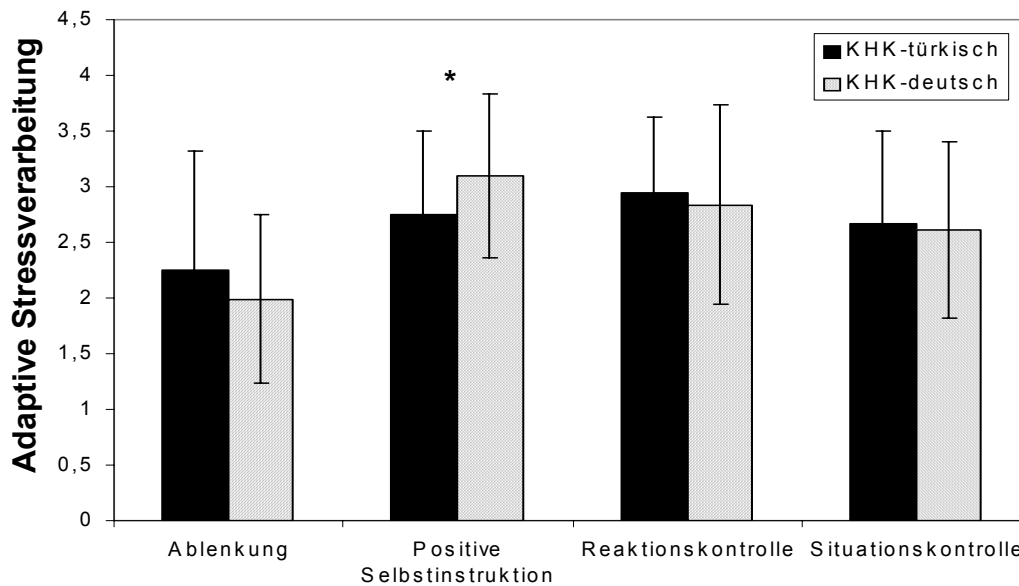


Abbildung 18: Mittelwerte und Standardabweichungen der adaptiven Stressverarbeitungsstrategien des Stressverarbeitungsfragebogens SVF-78 bei türkischen und deutschen Patienten mit **koronaren Herzerkrankungen** (\* =  $p < .05$ ).

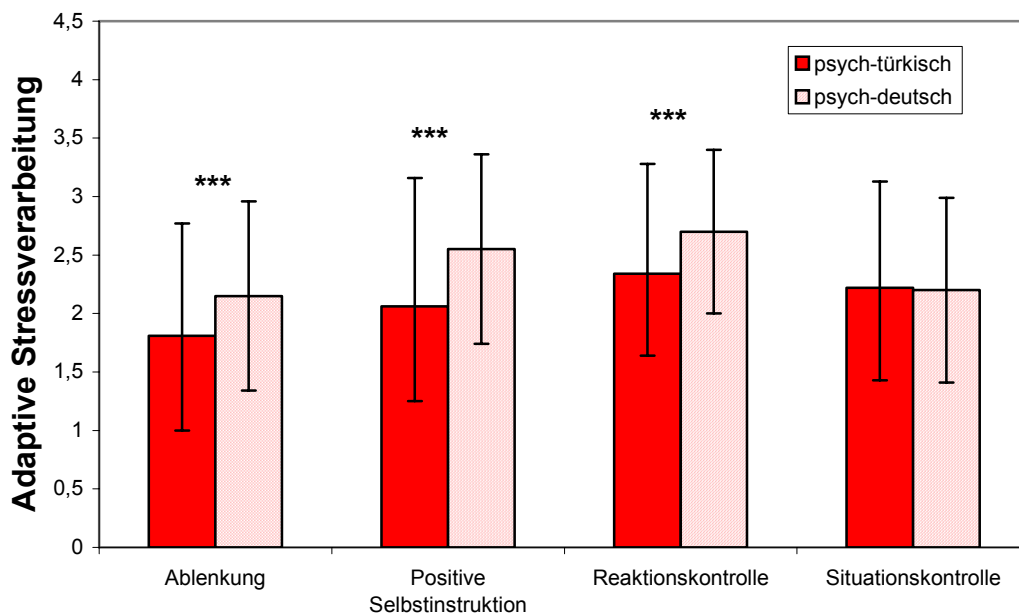


Abbildung 19: Mittelwerte und Standardabweichungen der adaptiven Stressverarbeitungsstrategien des Stressverarbeitungsfragebogens SVF-78 bei türkischen und deutschen Patienten mit **psychiatrischen Diagnosen** (\*\*\*) =  $p < .001$ , \*\* =  $p < .005$ ).

Türkische KHK-Patienten spielten den Stress durch den Vergleich mit anderen stärker herunter als deutsche KHK-Teilnehmer. Deutsche Patienten mit psychiatrischen Diagnosen suchten signifikant stärker nach sozialer Unterstützung als türkische, psychiatrische Patienten (Abbildungen 20 & 21).

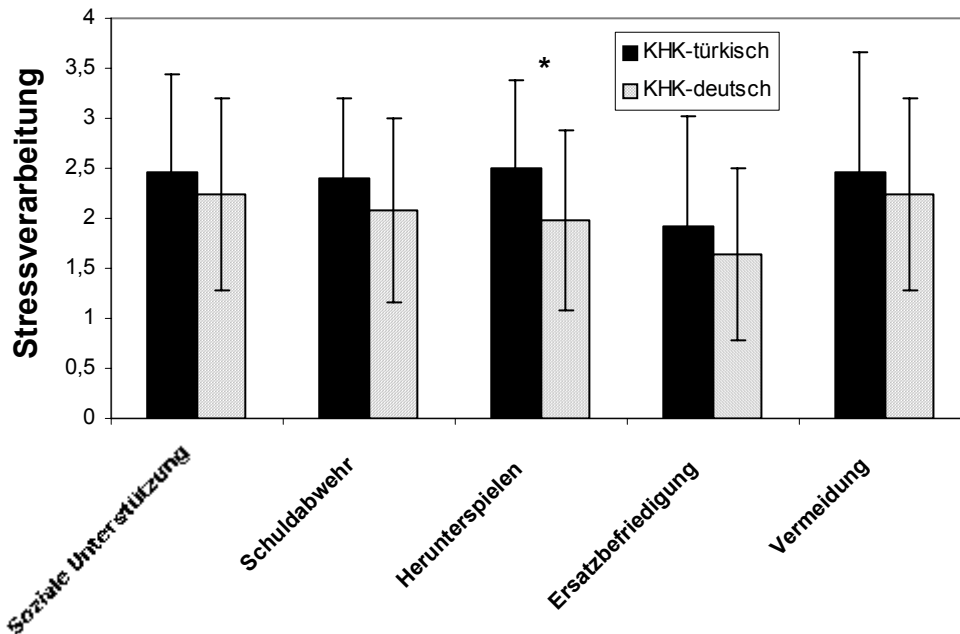


Abbildung 20: Mittelwerte und Standardabweichungen der restlichen Strategien des Stressverarbeitungsfragebogens SVF-78 bei türkischen und deutschen Patienten mit **koronaren Herzerkrankungen** (\*=  $p < .05$ ).

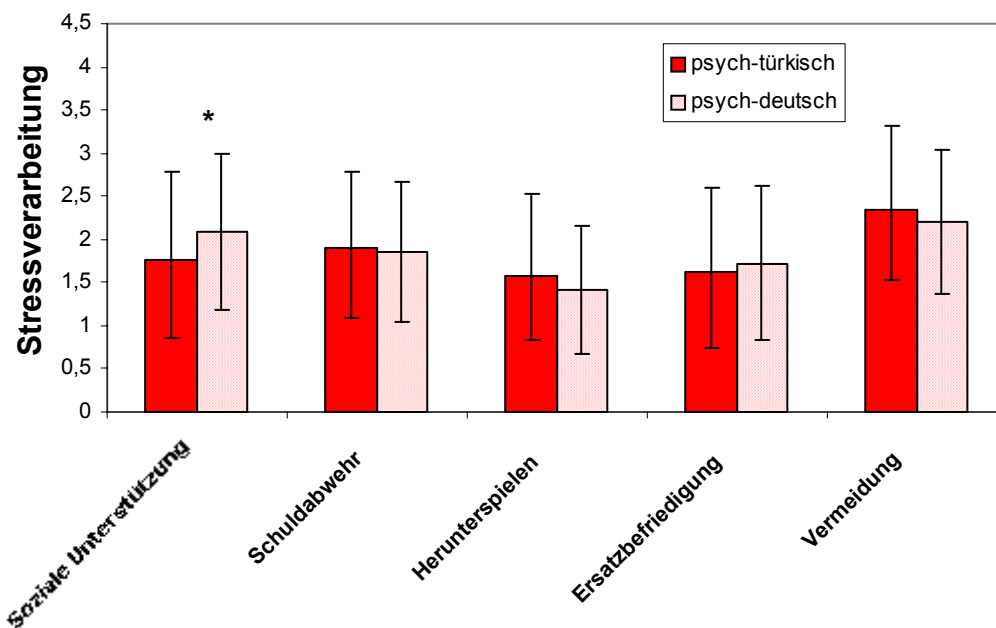


Abbildung 21: Mittelwerte und Standardabweichungen der restlichen Stressverarbeitungsstrategien des Stressverarbeitungsfragebogens SVF-78 bei türkischen und deutschen Patienten mit **psychiatrischen Diagnosen** (\*=  $p < .05$ ).



Insgesamt neigten türkische Patienten stärker zu ungünstigen krankheitsförderlichen Strategien, während deutsche Patienten adaptiver mit krankheitsspezifischen Stresssituationen umgegangen sind (siehe Abbildung 22 & 23).

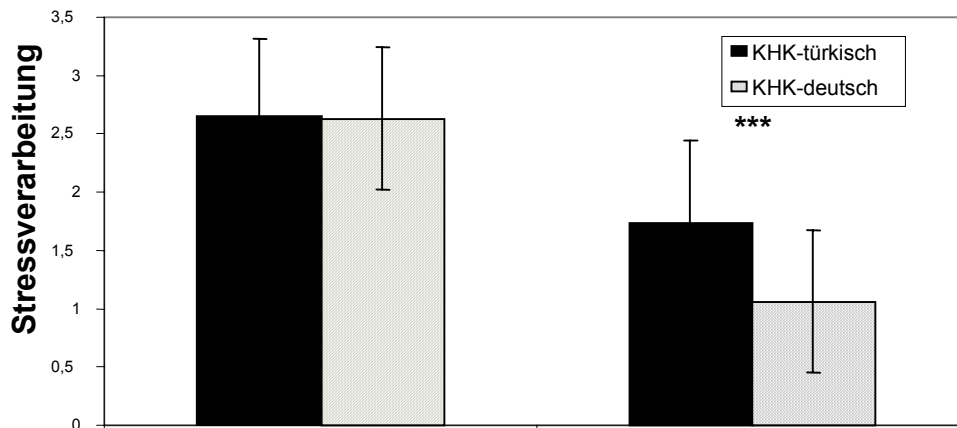


Abbildung 22: Mittelwerte und Standardabweichungen von adaptiver und maladaptiver Stressverarbeitung des Stressverarbeitungsfragebogens SVF-78 bei türkischen und deutschen Patienten mit **koronaren Herzerkrankungen** (\*\*\*) =  $p < .001$ ).

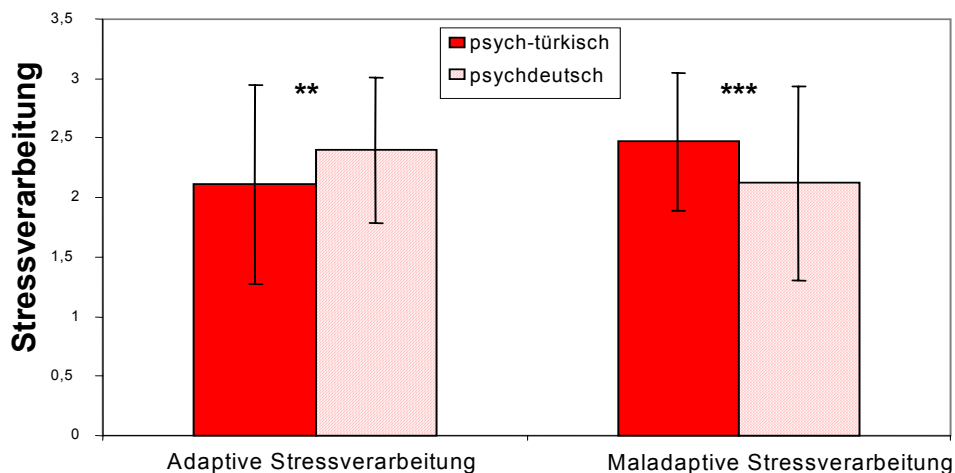


Abbildung 23: Mittelwerte und Standardabweichungen von adaptiver und maladaptiver Stressverarbeitung des Stressverarbeitungsfragebogens SVF-78 bei türkischen und deutschen Patienten mit **psychiatrischen Diagnosen** (\*\*\*) =  $p < .001$ , \*\* =  $p < .005$ ).

Beide KHK-Gruppen gaben keine weiteren Strategien zur Bewältigung krankheitsspezifischen Stresses an. 3 Personen der türkischen Gruppe mit psychiatrischen Diagnosen nannten folgende Strategien: „auf die Probleme zugehen“

(n=1), „traurig werden/ weinen/Ausweg suchen“ (n=1) und „herumlaufen, mit dem Auto herumfahren“ (n=1). Die meisten Antworten auf die offene Frage nach zusätzlichen Stressverarbeitungsmöglichkeiten, die nicht im SVF-78 genannt wurden, gab die Gruppe der deutschen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen (n=11), darunter „Suizidgedanken“ (n=2), „Aggressivität“ (n=2), „in die Klinik gehen“ (n=2), „Medikamenteneinnahme“ (n=2), „Alkoholkonsum“ (n=1), „Sport, Hobbies“ (n=1), „Kraft durch den Glauben gewinnen“ (n=1), „die Situation immer neu erleben“ (n=1) und „dem Ganzen entgegentreten“ (n=1).

### 3.7.4 Persönlichkeit

Türkische Patienten der KHK-Gruppe zeigten eine bedeutsame höhere Ausprägung auf der Skala „Neurotizismus“ als deutsche Patienten, d.h. sie beschrieben sich als ängstlicher, unsicherer und besorgter um die eigene Gesundheit. Deutsche KHK-Patienten hingegen beschrieben sich selbst als wesentlich gewissenhafter. Die anderen Persönlichkeitsskalen des NEO-FFI differenzierten nicht signifikant zwischen deutschen und türkischen KHK-Patienten (siehe Abbildung 24).

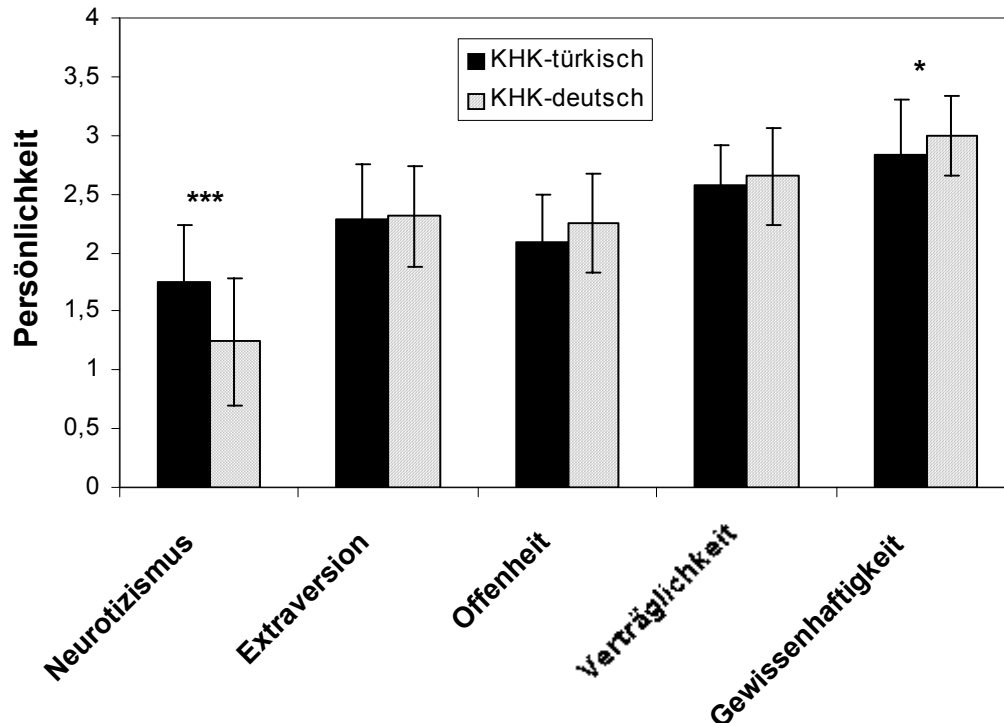


Abbildung 24: Mittelwerte und Standardabweichungen der Skalen des NEO Fünf-Faktoren-Inventars NEO-FFI bei türkischen und deutschen Patienten mit **koronaren Herzerkrankungen** (\*\*\*=  $p < .001$ , \*=  $p < .05$ ).

Türkische Patienten mit psychiatrischen Diagnosen waren nur tendenziell neurotischer als deutsche Teilnehmer mit entsprechenden Diagnosen, die sich hingegen als bedeutsam extravertierter und offener betrachteten. Sie schätzten sich zum einen als geselliger, aktiver und optimistischer ein, zum anderen als offener für Erfahrungen und kulturell interessierter. Darüberhinaus hatten sie bedeutsam höhere Ausprägungen auf den Skalen „Verträglichkeit“ und „Gewissenhaftigkeit“ als türkische Patienten (siehe Abbildung 25).

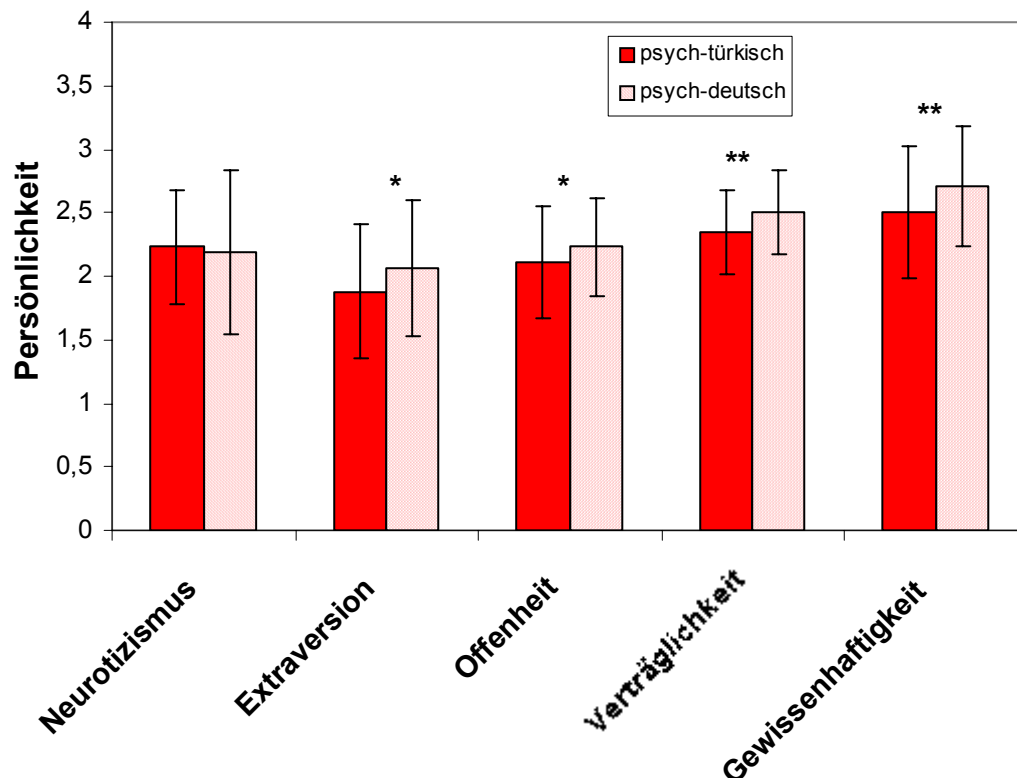


Abbildung 25: Mittelwerte und Standardabweichungen der Skalen des NEO Fünf-Faktoren-Inventars NEO-FFI bei türkischen und deutschen Patienten mit **psychiatrischen Diagnosen** (\*\*=  $p < .005$ , \*=  $p < .05$ ).

### 3.7.5 Kritische Lebensereignisse

Türkische KHK-Patienten wiesen tendenziell im Durchschnitt ein kritisches Lebensereignis mehr auf als deutsche KHK-Patienten (siehe Abbildung 26). Türkische Patienten mit psychiatrischen Diagnosen erlebten in den vergangenen 4 Jahren signifikant mehr kritische Lebensereignisse als deutsche Patienten der psychiatrischen Gruppe (siehe Abbildung 27).

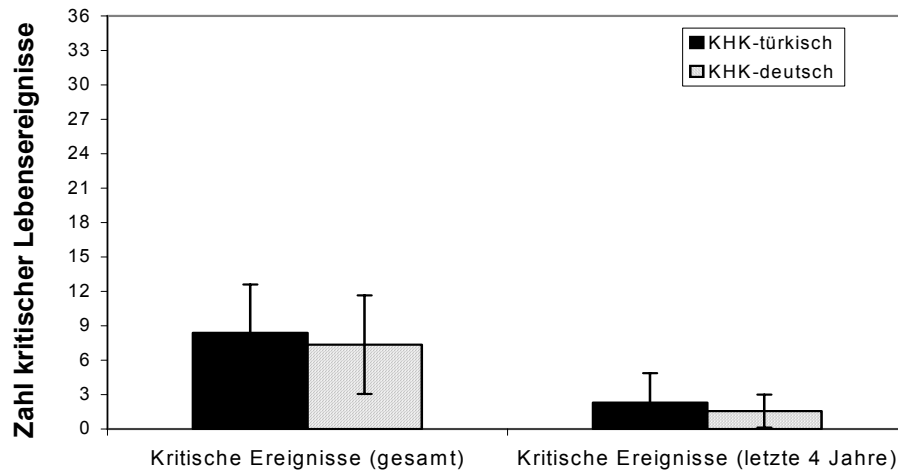


Abbildung 26: Mittelwerte und Standardabweichungen der Anzahl kritischer Lebensereignisse (Ereignisliste) bei türkischen und deutschen Patienten mit **koronaren Herzerkrankungen**.

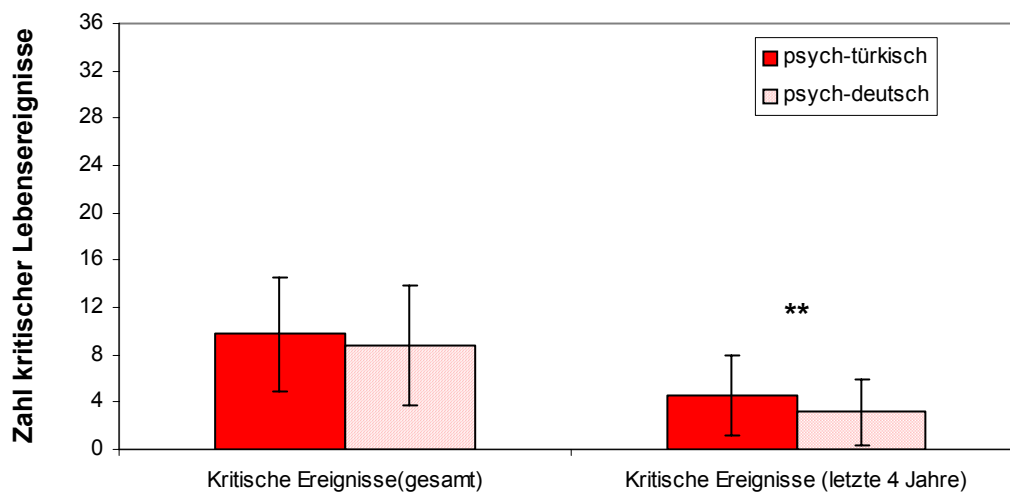


Abbildung 27: Mittelwerte und Standardabweichungen der Anzahl kritischer Lebensereignisse (Ereignisliste) bei türkischen und deutschen Patienten mit **psychiatrischen Diagnosen** (\*\*=  $p < .005$ ).

Türkische KHK-Patienten berichteten signifikant häufiger den Tod oder Verlust wichtiger Bezugspersonen außerhalb der Familie und schwerwiegende Konflikte in der Partnerschaft als deutsche KHK-Patienten. Sie erlebten in der Vergangenheit auch bedeutsam häufiger größere finanzielle Schwierigkeiten und Arbeitsverluste. Deutsche KHK-Patienten nannten hingegen häufiger Scheidungen und Trennungen, aber auch mögliche positiv wirkende Lebensereignisse wie z.B.

größere berufliche Erfolge, das Eingehen einer neuen Partnerschaft oder die Entdeckung neuer Freizeitaktivitäten. In Bezug auf die letzten 4 Jahre zeigten sich fast keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Häufigkeiten einzelner kritischer Lebensereignisse zwischen türkischen und deutschen KHK-Patienten (siehe Tabelle 38 & 39).

Tabelle 38: Häufigkeiten **kritischer Lebensereignisse (insgesamt)** bei Patienten mit **koronaren Herzerkrankungen**

Kritisches Lebensereignis	Türkisch KHK (%)	Deutsch KHK (%)	Chi <sup>2</sup> -Wert	p-Wert
Eigene schwere körperliche Erkrankung	72	72,9	.010	.919
Eigene geistig-seelische Erkrankung	23,5	12,5	2.033	.155
Schwere körperliche Erkrankung des Partners	36,7	27,7	.904	.342
Geistig-seelische Erkrankung des Partners	14,9	14,9	.000	1.000
<b>Tod des Partners</b>	<b>4,2</b>	<b>21,3</b>	<b>6.299</b>	<b>.012</b>
Schwere körperliche Erkrankung eines der Kinder	2	8,9	2.184	.190
Geistig-seelische Erkrankung eines der Kinder	10,4	4,5	1.126	.438
Tod eines der Kinder	6,3	11,1	.698	.477
<b>Tod einer Bezugsperson (nicht Familie)</b>	<b>62,7</b>	<b>29,2</b>	<b>11.208</b>	<b>.001</b>
<b>Schwere Konflikte in Partnerschaft/ Ehe</b>	<b>44</b>	<b>19,1</b>	<b>6.881</b>	<b>.009</b>
<b>Scheidung oder Trennung</b>	<b>8,3</b>	<b>25,5</b>	<b>5.015</b>	<b>.030</b>
Schwere Konflikte mit einem der Kinder	20,4	15,6	.373	.541
Schwere Konflikte mit and. Familienangehörigen	17,6	8,3	1.880	.236
Schwere Konflikte mit Freunden, Bekannten usw.	11,8	4,2	1.922	.270
<b>Verlust einer Bezugsperson (nicht Familie)</b>	<b>34</b>	<b>4,2</b>	<b>13.946</b>	<b>&lt;.001</b>
<b>Größere finanzielle Schwierigkeiten</b>	<b>35,5</b>	<b>10,4</b>	<b>8.581</b>	<b>.003</b>
Erhebliche Einkommensverbesserung	25,5	25	.003	.955
<b>Verlust des Arbeitsplatzes/ Arbeitslosigkeit</b>	<b>44,7</b>	<b>12,5</b>	<b>12.089</b>	<b>.001</b>
Größere berufliche Misserfolge	14,9	4,2	3.186	.091
<b>Größere berufliche Erfolge</b>	<b>8,7</b>	<b>50</b>	<b>19.161</b>	<b>&lt;.001</b>
Größere berufliche Misserfolge des Partners	13	10,6	.129	.720
Größere berufliche Erfolge des Partners	17,4	25,5	.913	.339
Pensionierung/ Berentung des Partners	30,4	35,6	.270	.659
Berufliche/ private Probleme eines der Kinder	18,8	17,8	.015	.904
<b>Auszug eines d. Kinder aus der Elternwohnung</b>	<b>60,4</b>	<b>80,0</b>	<b>4.233</b>	<b>.040</b>
Rückkehr eines der Kinder in die Elternwohnung	10,3	4,5	1.005	.413
Unfreiwilliger Umzug in neue Wohnung/ Ort	14	2,1	4.639	.060
Selbst Opfer einer Straftat geworden	2	2,1	.001	1.000
Alkohol- /Medikamentenprobleme	12	2,1	3.631	.112
Alkohol-/ Medikamentenprobleme des Partners	2,1	6,5	1.090	.361
Alkohol-/Medikamentenprobleme der Kinder	4,2	2,2	.281	1.000
<b>Eingehen einer neuen Partnerschaft/ Ehe</b>	<b>8</b>	<b>22,9</b>	<b>4.204</b>	<b>.050</b>
Geburt eines Enkelkinds	75	71,1	.179	.672
Verlust der Mobilität	16	6,3	2.336	.200
<b>Entdecken neuer Hobbies</b>	<b>34</b>	<b>54,2</b>	<b>4.045</b>	<b>.044</b>
Schließen neuer Freundschaften	56	59,6	.127	.722

Tabelle 39: Häufigkeiten **kritischer Lebensereignisse (letzte 4 Jahre)** bei Patienten mit **koronaren Herzerkrankungen**

Kritisches Lebensereignis	Türkisch KHK (%)	Deutsch KHK (%)	Chi <sup>2</sup> -Wert	p-Wert
Eigene schwere körperliche Erkrankung	54,0	54,2	.000	.987
Eigene geistig-seelische Erkrankung	15,7	4,2	3.614	.093
Schwere körperliche Erkrankung des Partners	18,4	19,1	.010	1.000
Geistig-seelische Erkrankung des Partners	12,8	2,1	3.859	.111
<b>Tod des Partners</b>	<b>2,1</b>	<b>14,9</b>	<b>5.053</b>	<b>.031</b>
Schwere körperliche Erkrankung eines der Kinder	2,0	2,2	.004	1.000
Geistig-seelische Erkrankung eines der Kinder	4,2	4,5	.008	1.000
Tod eines der Kinder	0	4,4	2.180	.231
Tod einer Bezugsperson (nicht Familie)	27,5	14,6	2.450	.118
Schwere Konflikte in Partnerschaft/ Ehe	12	2,1	3.526	.113
Scheidung oder Trennung	2,1	2,1	.000	1.000
Schwere Konflikte mit einem der Kinder	6,1	6,7	.012	1.000
Schwere Konflikte mit and. Familienangehörigen	3,9	0	1.921	.495
Schwere Konflikte mit Freunden, Bekannten usw.	5,9	0	2.912	.243
Verlust einer Bezugsperson (nicht Familie)	8	2,1	1.771	.362
Größere finanzielle Schwierigkeiten	15,7	6,3	2.229	.202
Erhebliche Einkommensverbesserung	7,8	2,1	1.711	.363
Verlust des Arbeitsplatzes/ Arbeitslosigkeit	14,9	4,2	3.186	.091
Größere berufliche Misserfolge	2,1	2,1	.000	1.000
Größere berufliche Erfolge	0	0	x	X
Größere berufliche Misserfolge des Partners	8,7	4,3	.759	.435
Größere berufliche Erfolge des Partners	6,5	0	3.167	.117
Pensionierung/ Berentung des Partners	21,7	11,1	1.866	.172
Berufliche/ private Probleme eines der Kinder	4,2	11,1	1.609	.2558
Auszug eines der Kinder aus der Elternwohnung	16,7	6,7	2.227	.200
Rückkehr eines der Kinder in die Elternwohnung	7,7	0	3.512	.099
Unfreiwilliger Umzug in neue Wohnung/ Ort	8	0	4.003	.118
Selbst Opfer einer Straftat geworden	0	0	x	x
Alkohol- /Medikamentenprobleme	0	0	x	x
Alkohol-/ Medikamentenprobleme des Partners	0	0	x	x
Alkohol-/Medikamentenprobleme der Kinder	0	0	x	x
Eingehen einer neuen Partnerschaft/ Ehe	4	2,1	.303	1.000
Geburt eines Enkelkinds	27,1	40	1.744	.187
Verlust der Mobilität	10	4,2	1.256	.436
<b>Entdecken neuer Hobbies</b>	<b>6</b>	<b>22,9</b>	<b>5.723</b>	<b>.021</b>
Schließen neuer Freundschaften	20	19,1	.011	.916

Die Familienmitglieder (Partner, Kinder) der türkischen Gruppe mit psychiatrischen Diagnosen litten häufiger an psychischen Störungen im Vergleich zu den Familienangehörigen der deutschen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen. Ähnlich wie in der türkischen KHK-Gruppe herrschten in den Ehen türkischer Patienten häufiger schwerwiegende Streitigkeiten, finanzielle und berufsbezogene Belastungen. Hinzu kam eine stärkere Belastung durch berufliche wie private Schwierigkeiten im Leben der Kinder, außerdem eine größere Betroffenheit durch Mobilitätsverluste. Die deutsche Gruppe mit psychiatrischen Diagnosen nannte

im Gegensatz dazu öfters mögliche positiv wirkende kritische Lebensereignisse, so z.B. Bereicherungen im Freizeitbereich und den Ausbau sozialer Kontakte. Hinsichtlich der vergangenen 4 Jahre konnten diese Unterschiede zwischen deutschen und türkischen Teilnehmern mit psychiatrischen Diagnosen größtenteils bestätigt werden ( siehe Tabellen 40 & 41).

Tabelle 40: Häufigkeiten **kritischer Lebensereignisse (insgesamt)** bei Patienten mit **psychiatrischen Diagnosen**

Kritisches Lebensereignis	Türkisch psych (%)	Deutsch psych (%)	Chi <sup>2</sup> -Wert	p-Wert
Eigene schwere körperliche Erkrankung	57,5	47,2	2.408	.121
<b>Eigene geistig-seelische Erkrankung</b>	<b>95</b>	<b>86,1</b>	<b>5.371</b>	<b>.020</b>
Schwere körperliche Erkrankung des Partners	31,8	29,3	.149	.699
<b>Geistig-seelische Erkrankung des Partners</b>	<b>46,7</b>	<b>17,3</b>	<b>19.859</b>	<b>&lt;.001</b>
Tod des Partners	5	6,4	.188	.665
Schwere körperliche Erkrankung eines der Kinder	13,2	22,5	2.906	.088
Geistig-seelische Erkrankung eines der Kinder	21,2	13,9	1.669	.196
Tod eines der Kinder	4,6	9	1.457	.227
<b>Tod einer Bezugsperson (nicht Familie)</b>	<b>54,2</b>	<b>39,8</b>	<b>4.696</b>	<b>.030</b>
<b>Schwere Konflikte in Partnerschaft/ Ehe</b>	<b>68,6</b>	<b>55,6</b>	<b>3.942</b>	<b>.047</b>
<b>Scheidung oder Trennung</b>	<b>28,6</b>	<b>41,4</b>	<b>3.950</b>	<b>.047</b>
Schwere Konflikte mit einem der Kinder	26,5	25,3	.037	.848
Schwere Konflikte mit and. Familienangehörigen	38,7	48,1	2.080	.149
Schwere Konflikte mit Freunden, Bekannten usw.	21,0	26,9	1.066	.302
Verlust einer Bezugsperson (nicht Familie)	28	27,8	.001	.975
<b>Größere finanzielle Schwierigkeiten</b>	<b>55,9</b>	<b>36,8</b>	<b>8.214</b>	<b>.004</b>
Erhebliche Einkommensverbesserung	19,3	12,3	2.031	.154
<b>Verlust des Arbeitsplatzes/ Arbeitslosigkeit</b>	<b>49,2</b>	<b>26,4</b>	<b>12.205</b>	<b>&lt;.001</b>
Größere berufliche Misserfolge	20,3	22,4	.146	.702
<b>Größere berufliche Erfolge</b>	<b>13,3</b>	<b>34,6</b>	<b>14.267</b>	<b>&lt;.001</b>
Größere berufliche Misserfolge des Partners	26,7	16,5	3.051	.081
Größere berufliche Erfolge des Partners	13,1	13,4	.003	.955
Pensionierung/ Berentung des Partners	19,4	14,6	.820	.452
<b>Berufliche/ private Probleme eines der Kinder</b>	<b>43,8</b>	<b>29,5</b>	<b>3.974</b>	<b>.046</b>
Auszug eines der Kinder aus der Elternwohnung	46,4	43,8	.135	.713
Rückkehr eines der Kinder in die Elternwohnung	10,9	14,5	.476	.490
Unfreiwilliger Umzug in neue Wohnung/ Ort	14,2	19,6	1.210	.271
Selbst Opfer einer Straftat geworden	10,8	13,9	.493	.483
Alkohol- /Medikamentenprobleme	15,8	15	.034	.855
Alkohol-/ Medikamentenprobleme des Partners	15,4	16,2	.023	.879
Alkohol-/Medikamentenprobleme der Kinder	5,6	5	.028	1.000
<b>Eingehen einer neuen Partnerschaft/ Ehe</b>	<b>13,3</b>	<b>39,3</b>	<b>19.976</b>	<b>&lt;.001</b>
Geburt eines Enkelkinds	36,6	34,2	.119	.730
<b>Verlust der Mobilität</b>	<b>31,1</b>	<b>7,4</b>	<b>19.983</b>	<b>&lt;.001</b>
<b>Entdecken neuer Hobbies</b>	<b>32,8</b>	<b>67,6</b>	<b>27.462</b>	<b>&lt;.001</b>
<b>Schließen neuer Freundschaften</b>	<b>53,8</b>	<b>69,4</b>	<b>5.851</b>	<b>.016</b>

Tabelle 41: Häufigkeiten **kritischer Lebensereignisse (letzte 4 Jahre)** bei Patienten mit **psychiatrischen Diagnosen**

Kritisches Lebensereignis	Türkisch psych (%)	Deutsch psych (%)	Chi <sup>2</sup> -Wert	p-Wert
Eigene schwere körperliche Erkrankung	35,0	24,1	3.242	.072
Eigene geistig-seelische Erkrankung	72,5	66,7	.916	.338
Schwere körperliche Erkrankung des Partners	19,6	19,2	.006	1.00
<b>Geistig-seelische Erkrankung des Partners</b>	<b>31,4</b>	<b>10,2</b>	<b>13.677</b>	<b>&lt;.001</b>
Tod des Partners	2	2,1	.005	1.00
Schwere körperliche Erkrankung eines der Kinder	8,8	5	.999	.405
Geistig-seelische Erkrankung eines der Kinder	14,2	5,1	4.122	.054
Tod eines der Kinder	0,9	1,3	.057	1.000
Tod einer Bezugsperson (nicht Familie)	24,2	16,7	1.954	.162
Schwere Konflikte in Partnerschaft/ Ehe	40,7	31,3	2.039	.153
Scheidung oder Trennung	14,3	11,1	.487	.485
Schwere Konflikte mit einem der Kinder	11,5	16,5	.974	.393
Schwere Konflikte mit and. Familienangehörigen	21,8	24,1	.159	.690
Schwere Konflikte mit Freunden, Bekannten usw.	10,9	12	.069	.793
Verlust einer Bezugsperson (nicht Familie)	16,1	9,3	2.360	.124
<b>Größere finanzielle Schwierigkeiten</b>	<b>38,1</b>	<b>22,6</b>	<b>6.289</b>	<b>.012</b>
Erhebliche Einkommensverbesserung	8,8	4,7	1.422	.233
<b>Verlust des Arbeitsplatzes/ Arbeitslosigkeit</b>	<b>29,7</b>	<b>13,2</b>	<b>8.845</b>	<b>.003</b>
Größere berufliche Misserfolge	16,1	11,2	1.128	.288
<b>Größere berufliche Erfolge</b>	<b>5,8</b>	<b>14,0</b>	<b>4.330</b>	<b>.037</b>
Größere berufliche Misserfolge des Partners	14,9	10,3	.925	.336
Größere berufliche Erfolge des Partners	6,1	6,2	.001	.971
Pensionierung/ Berentung des Partners	13,6	7,3	2.090	.148
Berufliche/ private Probleme eines der Kinder	24,1	20,5	.339	.560
Auszug eines der Kinder aus der Elternwohnung	<b>25,9</b>	<b>12,5</b>	5.171	.023
Rückkehr eines der Kinder in die Elternwohnung	7,6	8,7	.063	.802
Unfreiwilliger Umzug in neue Wohnung/ Ort	10,8	12,1	.097	.756
Selbst Opfer einer Straftat geworden	4,2	5,6	.239	.625
Alkohol- /Medikamentenprobleme	9,2	8,4	.040	.841
Alkohol-/ Medikamentenprobleme des Partners	7,7	7,1	.029	.866
Alkohol-/Medikamentenprobleme der Kinder	4,6	2,5	.581	.701
<b>Eingehen einer neuen Partnerschaft/ Ehe</b>	<b>7,5</b>	<b>17,8</b>	<b>5.503</b>	<b>.019</b>
Geburt eines Enkelkinds	25	15,2	2.693	.101
<b>Verlust der Mobilität</b>	<b>24,4</b>	<b>7,4</b>	<b>11.940</b>	<b>.001</b>
<b>Entdecken neuer Hobbies</b>	<b>17,6</b>	<b>37</b>	<b>10.832</b>	<b>.001</b>
Schließen neuer Freundschaften	37,8	42,6	.538	.463

### 3.7.6 Soziale Unterstützung

Deutsche Patienten beider Diagnosegruppen fühlten sich signifikant stärker durch Freunde und bedeutsame andere unterstützt als türkische Patienten. Die familiäre soziale Unterstützung hingegen wurde von türkischen und deutschen Patienten ähnlich gut eingeschätzt (siehe Abbildungen 28 und 29).



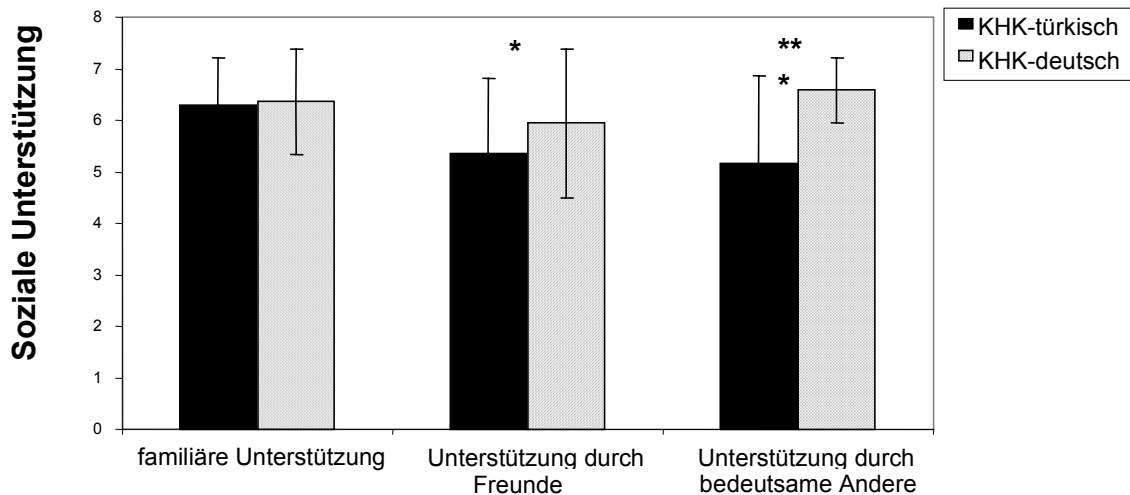


Abbildung 28: Mittelwerte und Standardabweichungen der Skalen der Multidimensional Scale of Perceived Social Support MSPSS bei türkischen und deutschen Patienten mit **koronaren Herzerkrankungen** (\*\*\* =  $p < .001$ , \* =  $p < .05$ ).

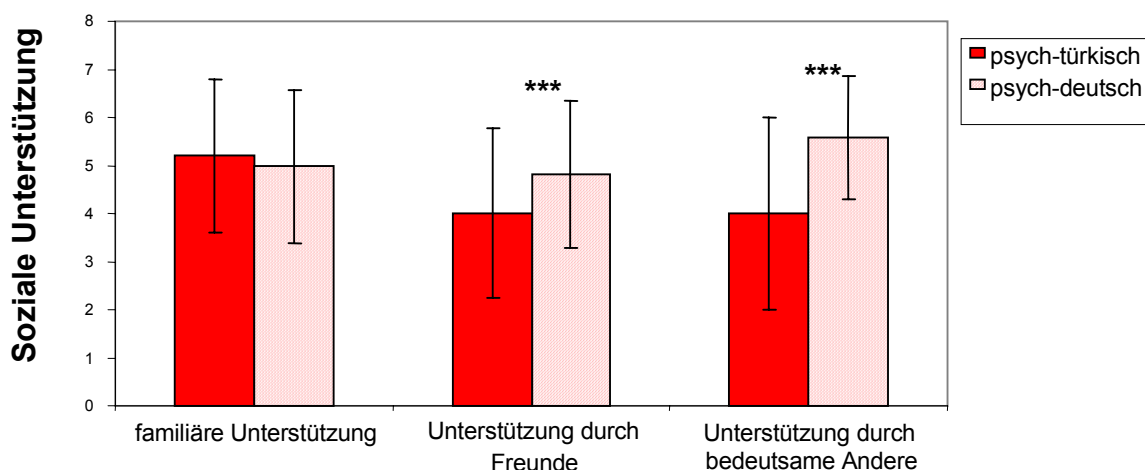


Abbildung 29: Mittelwerte und Standardabweichungen der Skalen der Multidimensional Scale of Perceived Social Support MSPSS bei türkischen und deutschen Patienten mit **psychiatrischen Diagnosen** (\*\*\*) =  $p < .001$ ).

### 3.7.7 Behandlungsmotivation

Türkische KHK-Patienten zeigten auf allen Skalen der PAREMO-Kurzversion bedeutsam höhere Ausprägungen als deutsche KHK-Patienten. Sie waren hilfsbedürftiger, erlebten einen stärkeren psychischen Leidensdruck und ihr Alltag wurde stärker durch körperliche Beschwerden beeinträchtigt. Ferner waren sie subjektiv stärker motiviert, ihr Verhalten zur Verbesserung ihrer Gesundheit zu verändern (siehe Abbildung 30).

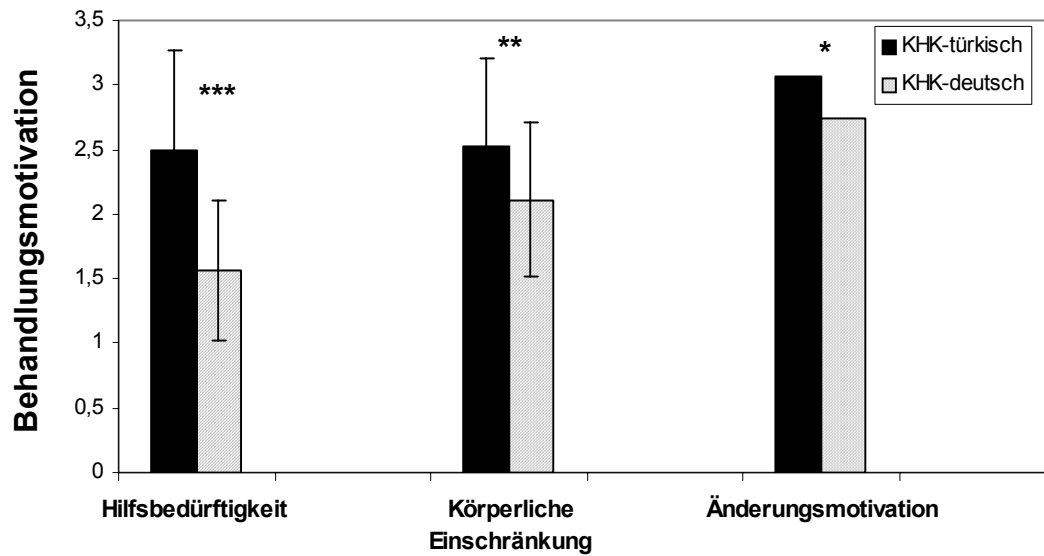


Abbildung 30: Mittelwerte und Standardabweichungen der Skalen des Patientenfragebogens zur Rehabilitationsmotivation PAREMO bei türkischen und deutschen Patienten mit **koronaren Herzerkrankungen** (\*\*\*) =  $p < .001$ , \*\* =  $p < .005$ , \* =  $p < .05$ ).

Auch türkische Patienten mit psychiatrischen Diagnosen berichteten im Vergleich zu deutschen Teilnehmern mit psychiatrischen Diagnosen einen stärkeren psychischen Leidensdruck und gravierendere Einschränkungen durch körperliche Symptome. Sie beschrieben sich jedoch nur tendenziell änderungsmotivierter als deutsche Patienten. Entgegen der Selbsteinschätzungen stufte die behandelnden Ärzte die Behandlungsmotivation der deutschen Gruppe als signifikant höher ein als die der türkischen Gruppe (siehe Abbildung 31).

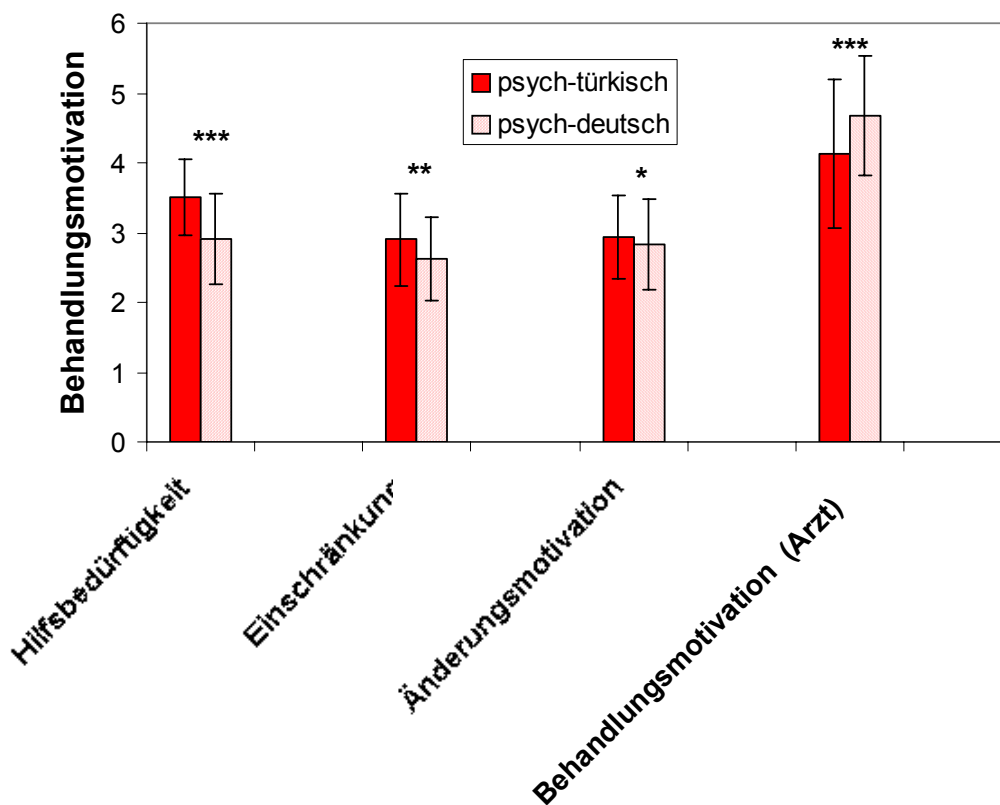


Abbildung 31: Mittelwerte und Standardabweichungen der Skalen des Patientenfragebogens zur Rehabilitationsmotivation PAREMO und der arzteingeschätzten Behandlungsmotivation bei türkischen und deutschen Patienten mit **psychiatrischen Diagnosen** (\*\*\*) =  $p < .001$ , \*\*) =  $p < .005$ , \*) =  $p < .05$ ).

### 3.7.8 Rentenwünsche

In beiden Diagnosegruppen zeigten sich bedeutsam stärkere Rentenwünsche türkischer Patienten im Vergleich zu deutschen Patienten unter den bisher nichtberenteten Teilnehmern (siehe Abbildung 32).

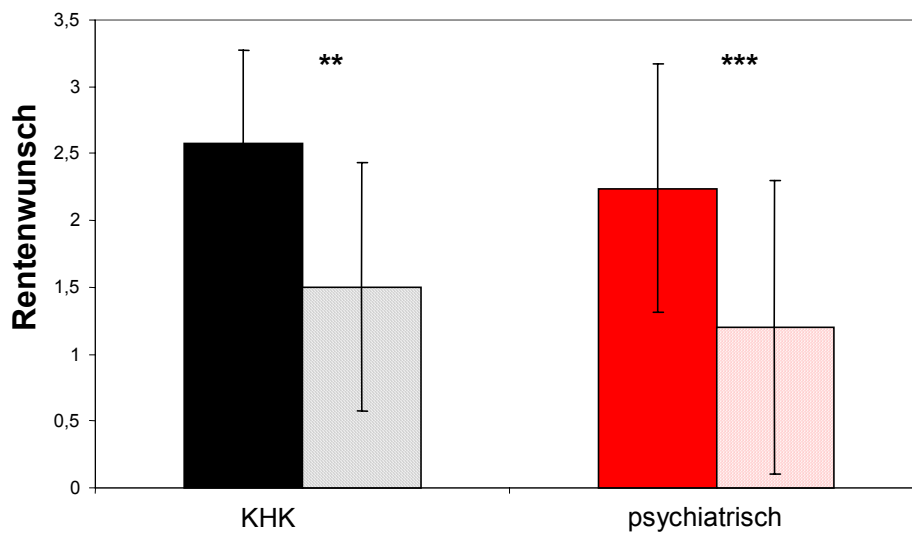


Abbildung 32: Mittelwerte auf Rentenwünschen (SPE-Skala) bei türkischen und deutschen Patienten ( \*\*\* =  $p < .001$ , \*\* =  $p < .005$ ).

### 3.7.9 Migrationsassoziierte Belastungen

Türkische Patienten beider Diagnosegruppen wiesen mehr migrationsassoziierte Belastungen auf als Deutsche äquivalente Belastungen. Weiterhin litten sie signifikant stärker unter diesen Belastungen als Deutsche unter vergleichbaren Belastungen (siehe Abbildungen 33 und 34).

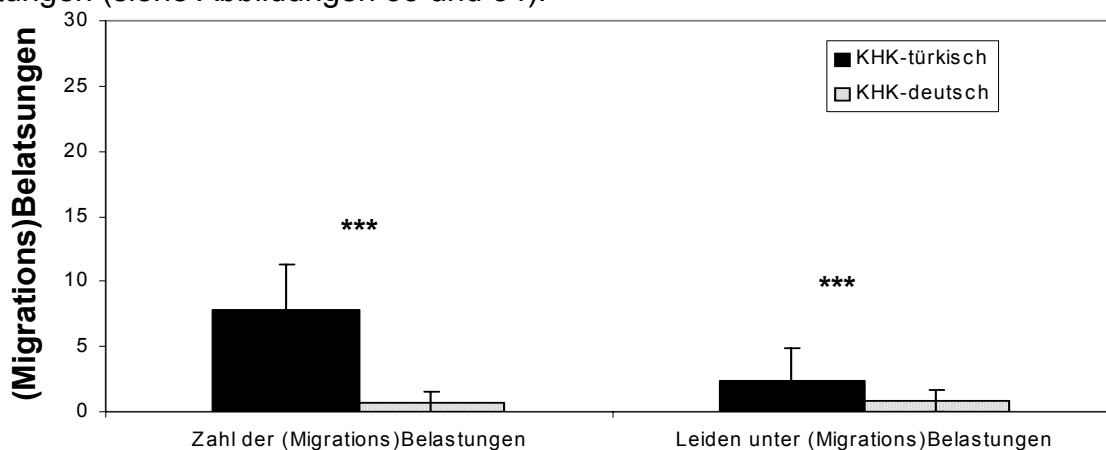


Abbildung 33: Mittlere Zahl (migrationsassoziiertes) Belastungen und mittleres Leiden darunter bei türkischen und deutschen Patienten mit **koronaren Herzerkrankungen** (\*\*\* =  $p < .001$ ).

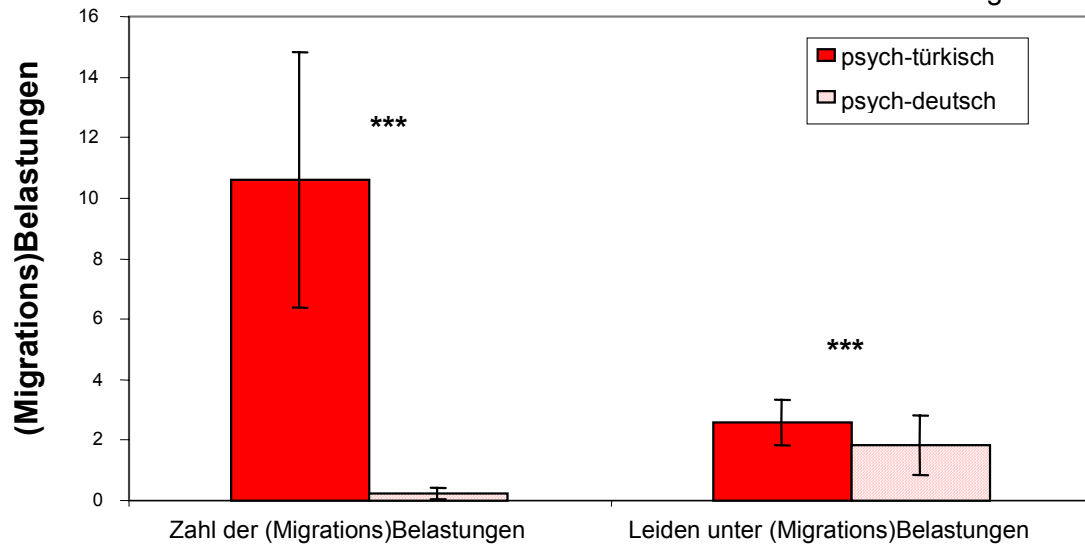


Abbildung 34: Mittlere Zahl (migrationsassoziiertes) Belastungen und mittleres Leiden darunter bei türkischen und deutschen Patienten mit **psychiatrischen Diagnosen** ( \*\*\* =  $p < .001$  ).

Türkische KHK-Patienten empfanden am häufigsten Rückkehrwünsche und diesbezügliche Ambivalenzen, das Vermissen der Familie in der Türkei und das dortige Versterben der Eltern in eigener Abwesenheit als belastend. Über die Hälfte der Gruppe nannte weiterhin Sprachprobleme und das Zurücklassen eigener Kinder als Belastungsfaktoren. Bei deutschen Patienten traten vergleichbare Belastungen wie z.B. ein häufiger Wechsel wichtiger Bezugspersonen in der Kindheit, Gefühle der Isolation und Einsamkeit, Fremdheitsgefühle, Anpassungsschwierigkeiten und Unklarheiten bezüglich der Erwartungen anderer bedeutsam seltener auf (siehe Tabelle 42).

Tabelle 42: **Häufigkeit migrationsassoziierter Belastungen (%)** bei türkischen Patienten mit **koronaren Herzerkrankungen** und vergleichbarer Belastungen bei deutschen KHK- Patienten (x= nicht erfasst).

<b>Migrationsbelastung (vergleichbare Belastung)</b>	<b>Türkisch KHK (%)</b>	<b>Deutsch KHK (%)</b>	<b>Chi<sup>2</sup>-Wert</b>	<b>p-Wert</b>
Verständigungsprobleme (x)	58	x	x	x
<b>(Migrationsbedingter) Wechsel wichtiger Bezugspersonen</b>	<b>23,3</b>	<b>6,3</b>	<b>5.357</b>	<b>.033</b>
(Migrationsbedingte) längerdauernde Trennungen von den Eltern in der Kindheit	34,9	35,4	.033	.958
Kinder in der Türkei zurückgelassen (x)	56,3	x	x	x
Eltern in der Türkei verstorben (x)	88	x	x	x
Probleme der Kinder mit Polizei /Gesetz	2,1	6,8	1.238	.346
<b>Einsamkeit/ Gefühle der Isolation</b>	<b>34</b>	<b>4,2</b>	<b>13.946</b>	<b>&lt;.001</b>
Ausgestoßensein von Ursprungsfamilie	4	2,1	.303	1.000
Ablehnung des Partner v. Ursprungsfamilie	8,2	6,7	.076	1.00
Politische Benachteiligung (x)	26,5	x	x	x
Benachteiligung in der Religionsausübung	8	0	.260	1.000
<b>Gefühle der Fremdheit in Gesellschaft</b>	<b>34</b>	<b>0</b>	<b>19.745</b>	<b>&lt;.001</b>
Gefühle der Fremdheit in eigener Familie	12	2,1	3.631	.112
<b>Gefühle der Fremdheit bei anderen wichtigen Bezugspersonen</b>	<b>12</b>	<b>0</b>	<b>6.136</b>	<b>.027</b>
<b>Unklarheiten bzgl. der Erwartungen anderer</b>	<b>28</b>	<b>0</b>	<b>15.680</b>	<b>&lt;.001</b>
Eheprobleme aufgrund unterschiedlicher Vorstellungen über Aufgabenverteilung	0	5,1	.641	1.000
Eheprobleme aufgrund veränderter sozialer Position der eigenen Frau (x)	5,1	x	x	x
Rückkehrwünsche (x)	71,4	x	x	x
<b>Vermissten der Familie (in Türkei)</b>	<b>79,1</b>	<b>16,7</b>	<b>10.047</b>	<b>.005</b>
<b>Anpassungsprobleme an (deutsche) Gesellschaft</b>	<b>32,7</b>	<b>0</b>	<b>18.416</b>	<b>&lt;.001</b>
Unerfüllte Erwartungen/ Hoffnungen (x)	49	x	x	x
Rückkehrwunsch und Dableibewunsch (x)	72	x	x	x
Ausländerfeindlichkeit (Feindlichkeit von Mitmenschen)	18	16,7	.030	.862
Druck von türkischer Gemeinschaft (Druck von Mitmenschen wegen Anderssein)	10	21,3	2.357	.125
Religionsbedingte Probleme	10,2	0	1.443	.574
Familiäre Gewalt	12	4,2	2.004	.269
Sexueller Missbrauch	0	0	x	x
Sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz	0	0	x	x
Probleme beim Geschlechtsverkehr	16,3	9,8	.785	.521

Von türkischen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen wurden am häufigsten Rückkehrwünsche, unerfüllte Hoffnungen und Erwartungen in Deutschland und das Vermissten der Familie in der Türkei als Belastungsfaktoren berichtet. Bei 73,9 % lag eine innere Unschlüssigkeit bezüglich des Wunsches zurückzukehren

oder zu bleiben vor. Es folgten Gefühle der Isolation und Fremdheit. Sprachschwierigkeiten belasteten 46% der Teilnehmer. Ein Anteil von 43% berichtete familiäre Gewalt. Deutsche Patienten mit psychiatrischen Diagnosen berichteten ähnlich wie die deutsche KHK-Gruppe im Vergleich zu türkischen Teilnehmern mit psychiatrischen Diagnosen wesentlich seltener vergleichbare bzw. äquivalente Belastungen, wie z.B. den Wechsel wichtiger Bezugspersonen oder längere Trennungen von den Eltern in der Kindheit, sich fremd und sozial isoliert fühlen oder Anpassungsschwierigkeiten. Sie machten jedoch häufiger feindliche Erfahrungen mit Mitmenschen als türkische Patienten mit Ausländerfeindlichkeit und fühlten sich im Durchschnitt durch ihre Mitmenschen stärker unter Druck gesetzt als türkische Patienten mit psychiatrischen Diagnosen durch die türkische Gemeinschaft. Viele türkische und deutsche Patienten der psychiatrischen Diagnosegruppen litten unter einer defizitären sozialen Kompetenz, beispielsweise berichteten sie, schlecht einschätzen zu können, was andere von ihnen erwarten (siehe Tabelle 43).

Tabelle 43: **Häufigkeit migrationsassoziierter Belastungen (%)** bei türkischen Patienten mit **psychiatrischen Diagnosen** und vergleichbarer Belastungen bei deutschen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen ( x= nicht erfasst).

<b>Migrationsbelastung (vergleichbare Belastung)</b>	<b>Türkisch psych (%)</b>	<b>Deutsch psych (%)</b>	<b>Chi<sup>2</sup>-Wert</b>	<b>p-Wert</b>
Verständigungsprobleme (x)	46,3	x	x	x
<b>(Migrationsbedingter) Wechsel wichtiger Bezugspersonen</b>	<b>37,5</b>	<b>21,5</b>	<b>6.716</b>	<b>.010</b>
<b>(Migrationsbedingte) längerdauernde Trennungen von den Eltern in der Kindheit</b>	<b>58,6</b>	<b>28</b>	<b>20.641</b>	<b>&lt;.001</b>
Kinder in der Türkei zurückgelassen (x)	29,1	x	x	x
Eltern in der Türkei verstorben (x)	57,1	x	x	x
Probleme der Kinder mit Polizei /Gesetz	16,2	15,2	.037	.848
<b>Einsamkeit/ Gefühle der Isolation</b>	<b>61,7</b>	<b>27,1</b>	<b>27.263</b>	<b>&lt;.001</b>
<b>Ausgestoßensein von Ursprungsfamilie</b>	<b>24,4</b>	<b>11,3</b>	<b>6.406</b>	<b>.011</b>
Ablehnung des Partner v. Ursprungsfamilie	22,7	12,6	3.371	.066
Politische Benachteiligung (x)	30	x	x	x
Benachteiligung in der Religionsausübung	11,7	0	1.048	.597
<b>Gefühle der Fremdheit in Gesellschaft</b>	<b>57</b>	<b>16,7</b>	<b>39.455</b>	<b>&lt;.001</b>
<b>Gefühle der Fremdheit in eigener Familie</b>	<b>29,2</b>	<b>22,6</b>	<b>1.242</b>	<b>.265</b>
<b>Gefühle der Fremdheit bei anderen wichtigen Bezugspersonen</b>	<b>25,6</b>	<b>14,2</b>	<b>4.600</b>	<b>.032</b>
<b>Unklarheiten bzgl. der Erwartungen anderer</b>	<b>61</b>	<b>47,2</b>	<b>4.326</b>	<b>.038</b>
Eheprobleme aufgrund unterschiedlicher Vorstellungen über Aufgabenverteilung	13,6	29,3	2.205	.176
Eheprobleme aufgrund veränderter sozialer Position der eigenen Frau (x)	37,8	x	x	x
Rückkehrwünsche (x)	63,6	x	x	x
<b>Vermissten der Familie (in Türkei)</b>	<b>79,8</b>	<b>10</b>	<b>23.410</b>	<b>&lt;.001</b>
<b>Anpassungsprobleme an (deutsche) Gesellschaft</b>	<b>42,9</b>	<b>18,5</b>	<b>15.603</b>	<b>&lt;.001</b>
Unerfüllte Erwartungen/ Hoffnungen (x)	64,2	x	x	x
Rückkehrwunsch und Dableibewunsch (x)	73,9	x	x	x
<b>Ausländerfeindlichkeit (Feindlichkeit von Mitmenschen)</b>	<b>38,7</b>	<b>54,2</b>	<b>5.484</b>	<b>.019</b>
<b>Druck von türkischer Gemeinschaft (Druck von Mitmenschen wegen Anderssein)</b>	<b>27,5</b>	<b>56,5</b>	<b>19.704</b>	<b>&lt;.001</b>
Religionsbedingte Probleme	11,7	0	2.465	.216
<b>Familiäre Gewalt</b>	<b>43</b>	<b>26,9</b>	<b>6.489</b>	<b>.011</b>
Sexueller Missbrauch	6	12,4	2.697	.101
<b>Sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz</b>	<b>1,7</b>	<b>9,5</b>	<b>6.768</b>	<b>.014</b>
<b>Probleme beim Geschlechtsverkehr</b>	<b>38,3</b>	<b>17,3</b>	<b>11.814</b>	<b>.001</b>

### 3.7.10 Zusammenfassung der Ergebnisse zur Fragestellung 1

Zusammenfassend konnten in beiden Diagnosegruppen die aufgestellten Hypothesen zur Fragestellung 1 größtenteils bestätigt werden (siehe Tabelle 44 & 45).



Tabelle 44: Ergebnisse zu den Hypothesen der **Fragestellung 1** bei Patienten mit **koronaren Herzerkrankungen** („fettgedruckt“= Bestätigung der Hypothese bei  $p < .05$  bzw. „fettgedruckt & schräg“= signifikanter Unterschied bei fehlender Hypothese)

Erhebungsinstrument	Skala/ Index	Hypothese
IPQ-R-GI	<b>Persönlicher Einfluss</b>	<b>Türken &lt; Deutsche</b>
	Behandlungswirksamkeit	
	Identität	
	Chronischer Verlauf	
	<b>Negative Konsequenzen</b>	<b>Türken &gt; Deutsche</b>
	Kohärenz	
	Emotionale Reaktionen	
	Zyklischer Verlauf	
SOMS	<b>Ursachen</b>	<b>Türken ≠ Deutsche</b>
	<b>Beschwerde – Index (BI)</b>	
	<b>Somatisierungsindex nach DSM-IV</b>	<b>Türken &gt; Deutsche</b>
	<b>Somatisierungsindex nach ICD- 10</b>	
<b>SAD- Index nach ICD-10</b>		
SVF-78	<b>Resignation</b>	<b>Türken &gt; Deutsche</b>
	<b>Gedankliche Weiterbeschäftigung</b>	<b>Türken &gt; Deutsche</b>
	Selbstbeschuldigung	Türken > Deutsche
	<b>Flucht</b>	<b>Türken &gt; Deutsche</b>
	<b>Positive Selbstinstruktion</b>	<b>Türken &lt; Deutsche</b>
	Situationskontrolle	
	Reaktionskontrolle	
	Ablenkung	
	Schuldabwehr	
	Ersatzbefriedigung	
	<b>Herunterspielen durch Vergleich mit anderen</b>	<b>Türken &gt; Deutsche</b>
	Vermeidung	
	Bedürfnis nach sozialer Unterstützung	
	<b>Maladaptive Stressverarbeitung</b>	<b>Türken &gt; Deutsche</b>
	Adaptive Stressverarbeitung	
NEO-FFI	<b>Neurotizismus</b>	<b>Türken &gt; Deutsche</b>
	Extraversion	
	Offenheit für Erfahrung	
	Verträglichkeit	
	<b>Gewissenhaftigkeit</b>	<b>Türken &lt; Deutsche</b>
Ereignisliste	Kritische Lebensereignisse (gesamt)	Türken > Deutsche
	Kritische Lebensereignisse (letzte 4 Jahre)	
MSPSS	Familiäre soziale Unterstützung	Türken > Deutsche
	<b>Soziale Unterstützung durch Freunde</b>	<b>Türken &lt; Deutsche</b>
	<b>Soziale Unterstützung durch bedeutsame Andere</b>	<b>Türken &lt; Deutsche</b>
PAREMO	<b>Psychischer Leidensdruck</b>	<b>Türken &gt; Deutsche</b>
	<b>Körperliche Beschwerden</b>	
	<b>Änderungsmotivation</b>	
SPE-Skala	<b>Rentenwünsche</b>	<b>Türken &gt; Deutsche</b>
Migrationsassoziierte Belastungen	<b>(Migrations)Belastungen</b>	<b>Türken &gt; Deutsche</b>

Tabelle 45: Ergebnisse zu den Hypothesen der **Fragestellung 1** bei Patienten mit **psychiatrischen Diagnosen** („fettgedruckt“= Bestätigung der Hypothese bei  $p < .05$  bzw. „fettgedruckt & schräg“= signifikanter Unterschied bei fehlender Hypothese)

Erhebungsinstrument	Skala/ Index	Hypothese
IPQ-R-GI	<b>Persönlicher Einfluss</b>	Türken < Deutsche
	<i>Behandlungswirksamkeit</i>	<i>Türken &lt; Deutsche</i>
	<i>Identität</i>	<i>Türken &gt; Deutsche</i>
	<i>Chronischer Verlauf</i>	<i>Türken &gt; Deutsche</i>
	<i>Negative Konsequenzen</i>	<i>Türken &gt; Deutsche</i>
	<i>Kohärenz</i>	<i>Türken &lt; Deutsche</i>
	Emotionale Reaktionen	
	<i>Zyklischer Verlauf</i> Ursachen	<i>Türken &gt; Deutsche</i> Türken ≠ Deutsche
SOMS	<b>Beschwerde – Index (BI)</b>	Türken > Deutsche
	<b>Somatisierungsindex nach DSM-IV</b>	
	<b>Somatisierungsindex nach ICD- 10</b>	
	<b>SAD- Index nach ICD-10</b>	
SVF-78	Resignation	Türken ≠ Deutsche
	<b>Gedankliche Weiterbeschäftigung</b>	<b>Türken &gt; Deutsche</b>
	<b>Selbstbeschuldigung</b>	<b>Türken &gt; Deutsche</b>
	<b>Flucht</b>	<b>Türken &gt; Deutsche</b>
	<i>Positive Selbstinstruktion</i>	<i>Türken &lt; Deutsche</i>
	Situationskontrolle	
	<i>Reaktionskontrolle</i>	<i>Türken &lt; Deutsche</i>
	<i>Ablenkung</i>	<i>Türken &lt; Deutsche</i>
	Schuldabwehr	
	Ersatzbefriedigung	
	Herunterspielen durch Vergleich mit anderen	
	Vermeidung	
	<i>Bedürfnis nach sozialer Unterstützung</i>	<i>Türken &lt; Deutsche</i>
	<b>Maladaptive Stressverarbeitung</b>	<b>Türken &gt; Deutsche</b>
<b>Adaptive Stressverarbeitung</b>		
NEO-FFI	Neurotizismus	
	<i>Extraversion</i>	<i>Türken &lt; Deutsche</i>
	<i>Offenheit für Erfahrung</i>	<i>Türken &lt; Deutsche</i>
	<i>Verträglichkeit</i>	<i>Türken &lt; Deutsche</i>
	<i>Gewissenhaftigkeit</i>	<i>Türken &lt; Deutsche</i>
Ereignisliste	Kritische Lebensereignisse (gesamt)	Türken > Deutsche
	<b>Kritische Lebensereignisse (letzte 4 Jahre)</b>	
MSPSS	Familiäre soziale Unterstützung	Türken ≠ Deutsche
	<b>Soziale Unterstützung durch Freunde</b>	<b>Türken &lt; Deutsche</b>
	<b>Soziale Unterstützung durch bedeutsame Andere</b>	<b>Türken &lt; Deutsche</b>
PAREMO	<i>Psychischer Leidensdruck</i>	Türken > Deutsche
	<i>Körperliche Beschwerden</i>	
	Änderungsmotivation	
Behandlungsmotivation (Arzteinschätzung)	<b>Behandlungsmotivation</b>	<b>Türken &lt; Deutsche</b>
SPE-Skala	<b>Rentenwünsche</b>	<b>Türken &gt; Deutsche</b>
Migrationsassoziierte Belastungen	<b>(Migrations)Belastungen</b>	<b>Türken &gt; Deutsche</b>

### 3.8 Ergebnisse zur Fragestellung 2: Unterscheiden sich die Behandlungsergebnisse zwischen deutschen und türkischen Patienten?

Da je nach Diagnosegruppe teils unterschiedliche Indikatoren für das Behandlungsergebnis herangezogen worden sind, erfolgt eine getrennte Darstellung der Behandlungsergebnisse nach Diagnosen.

#### 3.8.1 Behandlungsergebnisse bei Patienten mit koronaren Herzerkrankungen

Patienten mit koronaren Herzerkrankungen fühlten sich im Durchschnitt kaum bis gar nicht durch psychische Symptome wie z.B. Ängstlichkeit, Depressivität oder Zwanghaftigkeit belastet. Türkische KHK-Patienten litten trotzdem bedeutsam stärker unter diesen Beschwerden als deutsche KHK-Patienten. Die Therapie wirkte sich in beiden Gruppen ähnlich positiv auf die psychische Symptomatik und die Somatisierung aus. Nur bei den Skalen „paranoides Denken“ und „Psychotizismus“ wurde der Zeiteffekt nicht signifikant (siehe Abbildung 35). Die dazugehörigen F-Werte und Freiheitsgrade befinden sich in Anhang 32.

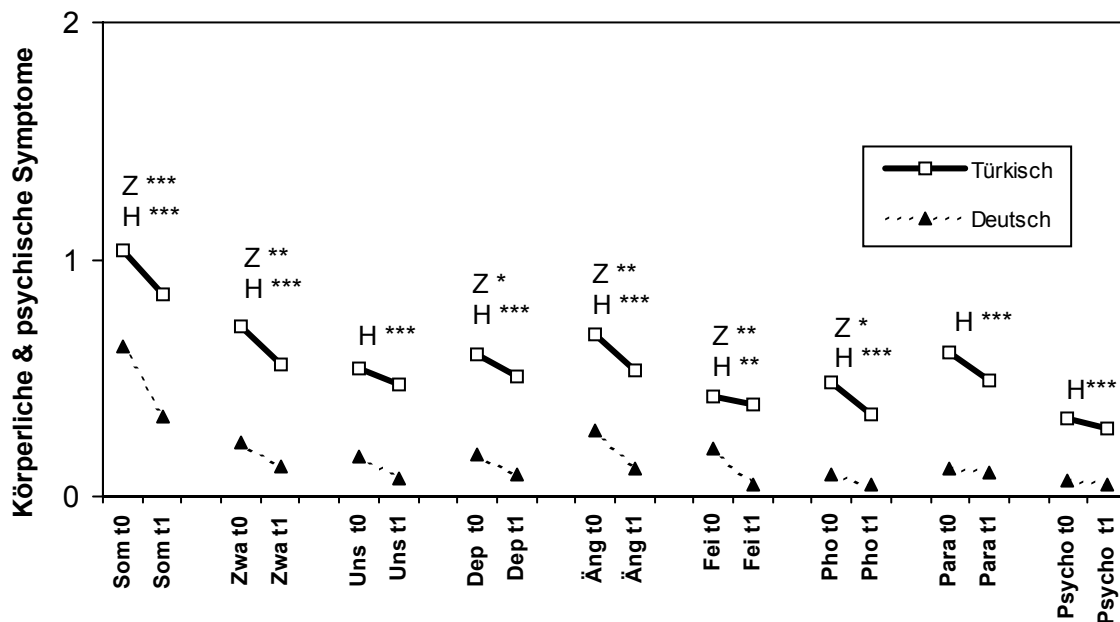


Abbildung 35: Mittelwerte der Skalen des Brief Symptom Inventory (BSI) bei Aufnahme der Behandlung t0 und Entlassung t1 bei türkischen und deutschen Patienten mit **koronaren Herzerkrankungen** (\*\*\*) =  $p < .001$ , (\*\*) =  $p < .005$ , (\*) =  $p < .05$ , Z= Zeiteffekt, H= Herkunftseffekt, Som= Somatisierung, Zwa= Zwanghaftigkeit, Uns= Unsicherheit im Sozialkontakt, Dep= Depressivität, Äng= Ängstlichkeit,

Fei= Feindseligkeit, Pho= Phobische Angst, Para= Paranoides Denken, Psycho= Psychotizismus).

Sowohl beim Global Severity Index GSI (Leiden unter Symptomen über alle Subskalen des BSI) als auch beim Positiv Symptom Total Index PST (Anzahl der erlebten Symptome) zeigten sich signifikante Herkunfts- und Zeiteffekte. Türkische KHK-Patienten litten nicht nur bedeutsam stärker, sondern erlebten auch signifikant mehr Symptome als deutsche KHK-Patienten. Durch die Behandlung reduzierte sich in beiden Gruppen das Leiden unter Beschwerden sowie ihre Anzahl (siehe Abbildungen 36 & 37). Die zugehörigen F-Werte und Freiheitsgrade befinden sich im Anhang 32.

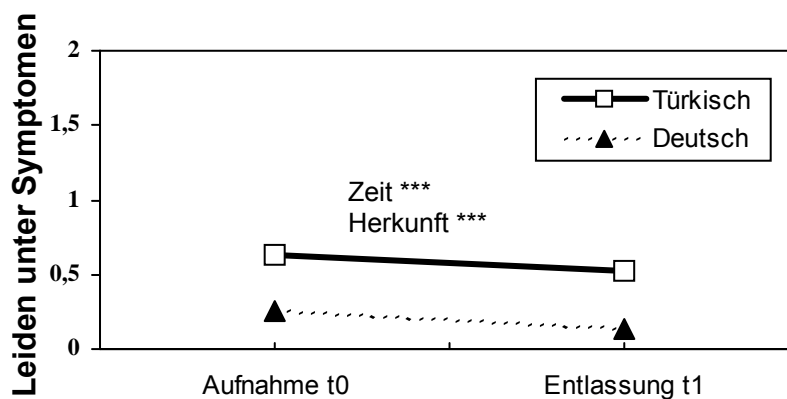


Abbildung 36: Mittelwerte des Global Severity Index (GSI) des Brief Symptom Inventory (BSI) bei Aufnahme der Behandlung t0 und Entlassung t1 bei türkischen und deutschen Patienten mit **koronaren Herzerkrankungen** (\*\*\*) =  $p < .001$ ).

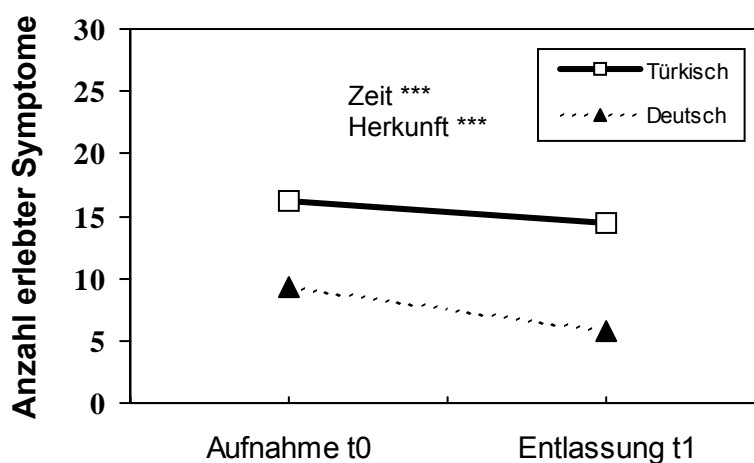


Abbildung 37: Mittelwerte des Positiv Symptom Total Index (PST) des Brief Symptom Inventory (BSI) bei Aufnahme der Behandlung t0 und Entlassung t1 bei tür-

kischen und deutschen Patienten mit **koronaren Herzerkrankungen** ( \*\*\* =  $p < .001$ ).

In allen relevanten Lebensbereichen wiesen türkische KHK-Patienten eine wesentlich schlechtere subjektive Lebensqualität als deutsche KHK-Patienten auf. So waren sie u.a. unzufriedener mit ihren sozialen Beziehungen, ihrer Arbeitsfähigkeit, ihren Wohnbedingungen, ihrem Aussehen und ihrer körperlichen Befindlichkeit. Die Behandlung verbesserte in beiden Patientengruppen lediglich die Lebensqualität im körperlichen Bereich und die allgemeine Einschätzung der Lebensqualität bzw. der eigenen Gesundheit (siehe Abbildung 38). Die detaillierten Ergebnisse mit F-Werten und Freiheitsgraden befinden sich in Anhang 32.

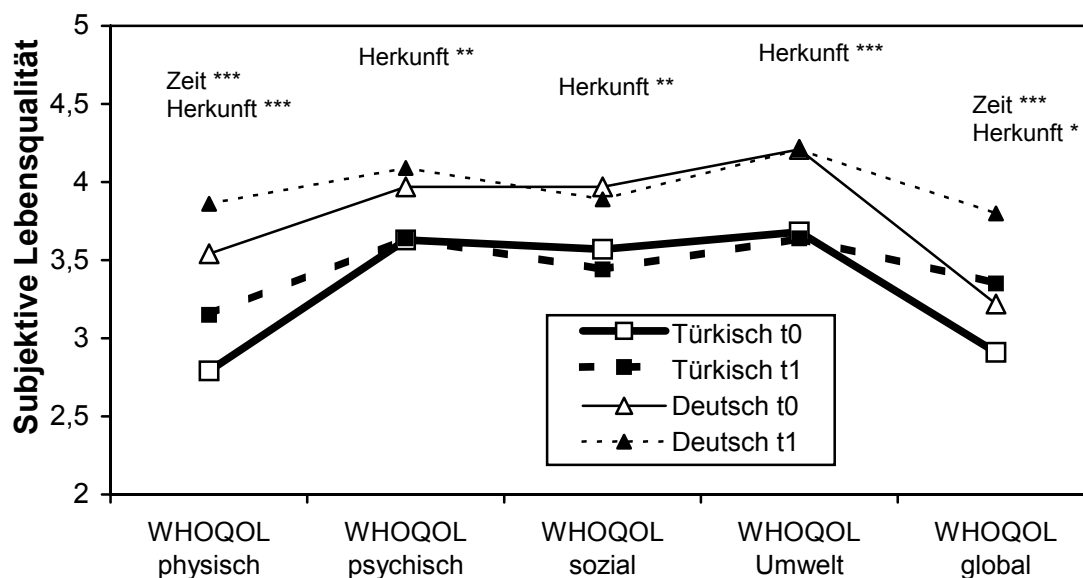


Abbildung 38: Mittelwerte der Skalen des WHOQOL-BREF bei Aufnahme der Behandlung t0 und Entlassung t1 bei türkischen und deutschen Patienten mit **koronaren Herzerkrankungen** ( \*\*\* =  $p < .001$ , \*\* =  $p < .005$ , \* =  $p < .05$ ).

Türkische Patienten zeigten auch eine stärkere Beeinträchtigung der subjektiven Lebensqualität im EQ-5D, die sich in Problemen der Mobilität, der Selbstversorgung, allgemeiner Tätigkeiten in verschiedenen Bereichen sowie körperlicher Schmerzen, Ängsten und depressiven Verstimmungen manifestierte (siehe Abbildung 39). F-Werte und Freiheitsgrade sind in Anhang 32.

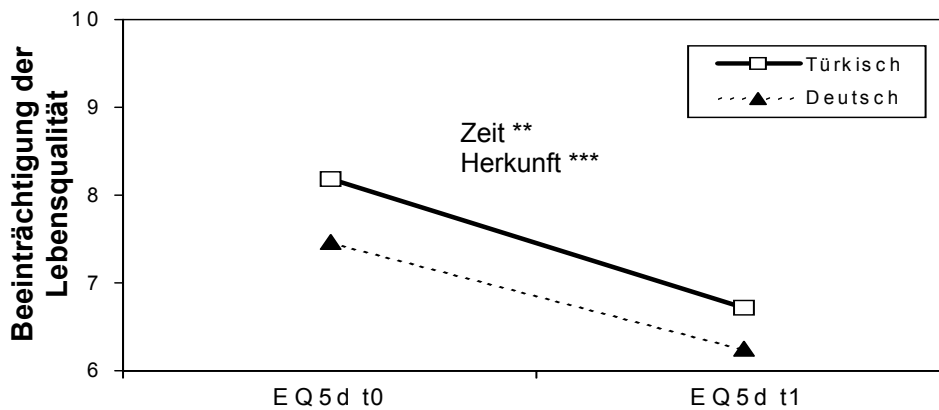


Abbildung 39: Mittelwerte der Summenscores der ersten fünf Items im EQ-5D (Beeinträchtigung der subjektiven Lebensqualität) bei Aufnahme der Behandlung t0 und Entlassung t1 bei türkischen und deutschen Patienten mit **koronaren Herzerkrankungen** (\*\* $= p < .005$ ; \*\*\* $= p < .001$ ).

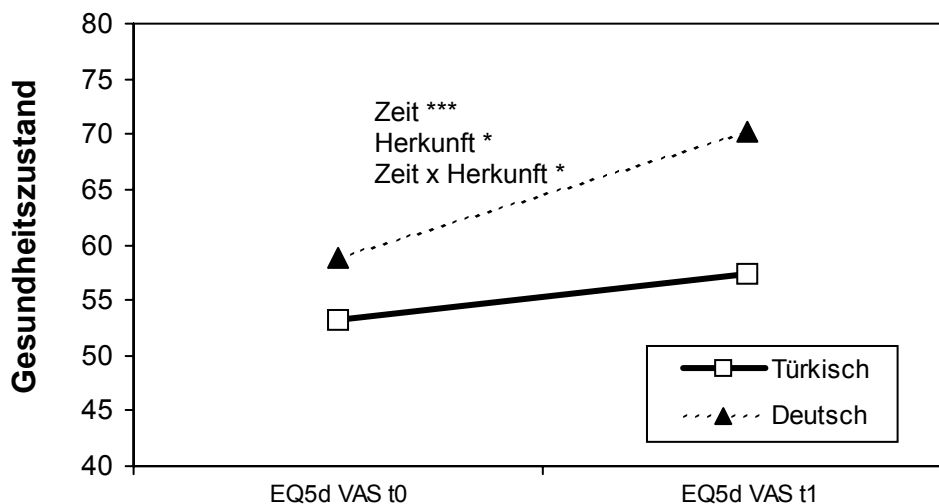


Abbildung 40: Mittelwerte auf der Thermometerskala des EQ-5D (höhere Werte= besserer Gesundheitszustand) bei Aufnahme der Behandlung t0 und Entlassung t1 bei türkischen und deutschen Patienten mit **koronaren Herzerkrankungen** (\*\* $= p < .001$ , \* $= p < .05$ ).

Wie Abbildung 40 zeigt, ergaben sich bezüglich der Einschätzung des Gesundheitszustandes auf einer Thermometerskala von 0-100 neben den Haupteffekten von Herkunft (F-Wert= 4,571; df=1; 75;  $p < .05$ ) und Messzeitpunkt (F-Wert= 17,224; df=1; 75;  $p < .001$ ) ein signifikanter Interaktionseffekt (F-Wert= 4,029; df=1; 75;  $p < .05$ ). Türkische Patienten schätzten ihren Gesundheitszustand signi

fikant schlechter ein als deutsche Patienten, wobei die Behandlung zu einer stärkeren Verbesserung der Einschätzung bei deutschen Patienten führte.

Auch hinsichtlich spezifischer Parameter der Behandlungsergebnisse schnitten türkische KHK-Patienten signifikant schlechter ab als deutsche Teilnehmer. So litten sie zu beiden Messzeitpunkten häufiger unter Herzschmerzen und Kurzatmigkeit (siehe Abbildung 41) und beurteilten ihre Krankheitsbeschwerden als schwerer ( $T=3,65$ ;  $df=96$ ;  $p<.001$ ). Darüber hinaus fühlten sie sich zum einen signifikant eingeschränkter im alltäglichen Leben allgemein ( $T=2,02$ ;  $df=96$ ;  $p<.05$ ) zum anderen bei der Ausführung alltäglicher körperlicher Tätigkeiten wie z.B. duschen, laufen, Gartenarbeit, sich anziehen oder Treppen steigen. Außerdem nannten sie stärker Risikofaktoren. Diese ließen sich durch die Behandlung nicht reduzieren, wohingegen sich Herzbeschwerden unter Belastung und durch Angina bedingte körperliche Einschränkungen in beiden Gruppen nach der Therapie verbesserten (siehe Abbildung 41). F-Werte und Freiheitsgrade sind im Anhang 32 aufgeführt.

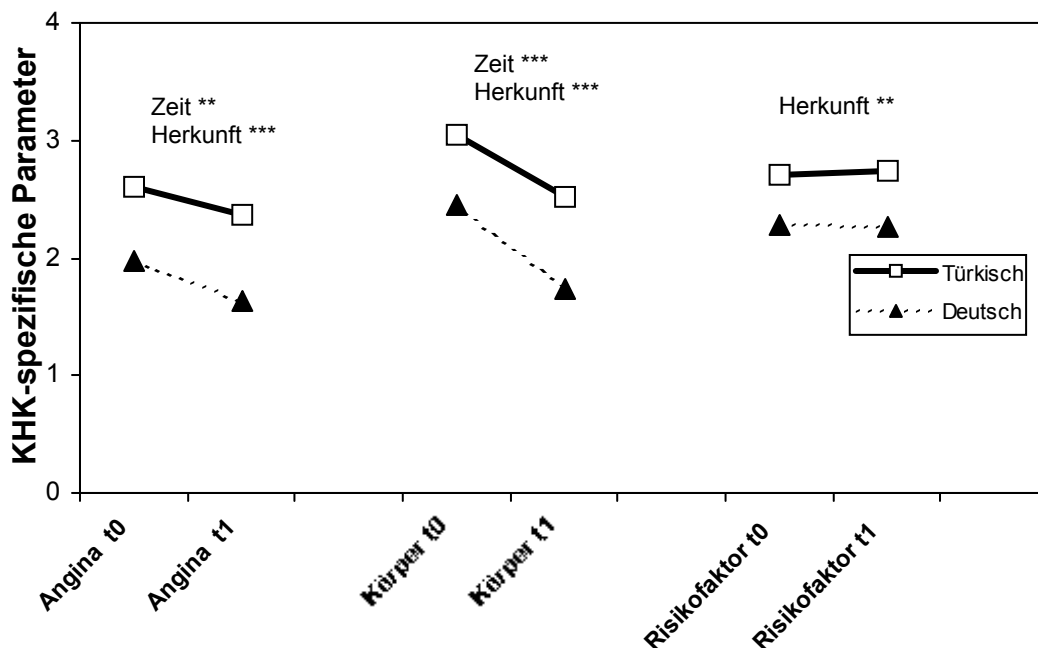


Abbildung 41: Mittelwerte der Subkategorien des KHK-Patienten-Bogens bei Aufnahme der Behandlung t0 und Entlassung t1 bei türkischen und deutschen Patienten mit **koronaren Herzerkrankungen** (\*\*\*) =  $p<.001$ , \*\*) =  $p<.005$ ).

Die Ausprägungen auf einzelnen Risikofaktoren zu beiden Messzeitpunkten sind in Abbildung 42 zu sehen. Auffallend ist die starke Diskrepanz zwischen deut-

schen und türkischen Patienten hinsichtlich des Risikofaktors „Bewegungsmangel“, der türkische Patienten in sehr viel stärkerem Ausmaß subjektiv beeinträchtigte. Weiterhin zeigte sich, dass deutsche Patienten subjektiv stärker von der Behandlung profitieren, da sich ihre Risikoeinschätzung bezüglich Diabetes und Bluthochdruck reduzierte, während bei türkischen Patienten die subjektive Einschätzung des Risikofaktors „Bluthochdruck“ sowie „Bewegungsmangel“ gegen Ende der Behandlung anstieg (siehe Abbildung 42).

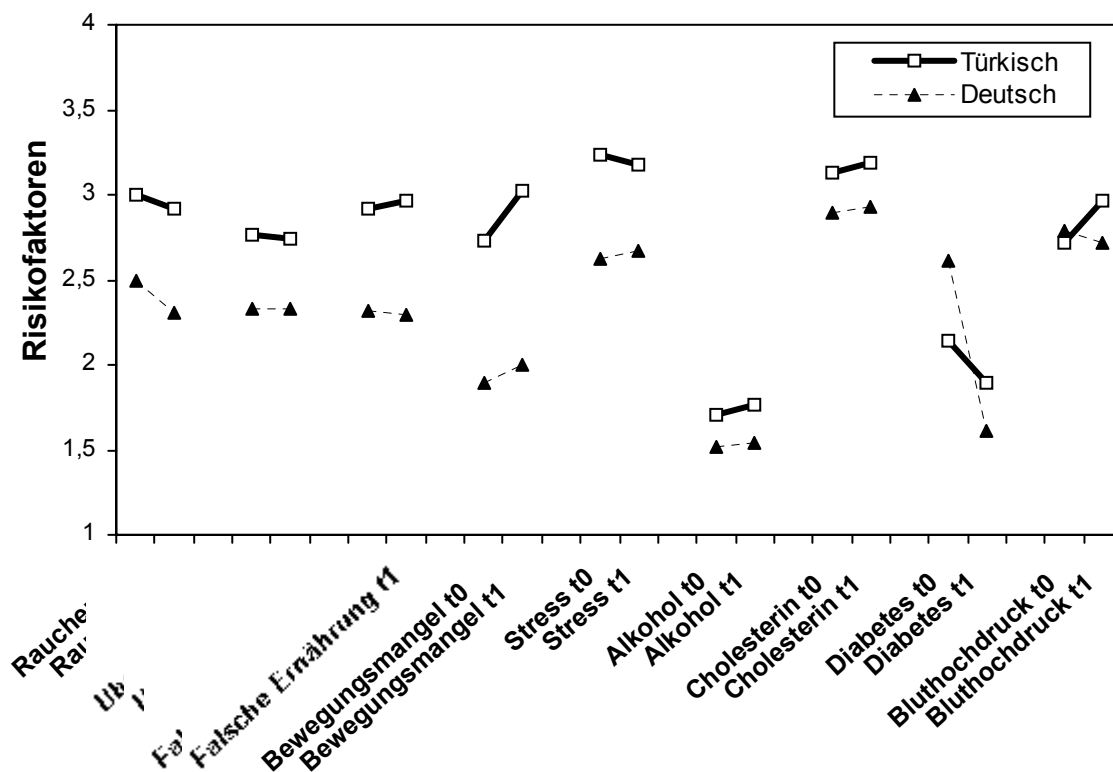


Abbildung 42: Mittelwerte der einzelnen Risikofaktoren der Subkategorie „Risikofaktoren“ des KHK-Patienten-Bogens bei Aufnahme der Behandlung t0 und Entlassung t1 bei türkischen und deutschen Patienten mit **koronaren Herzerkrankungen**.

Die behandelnden Ärzte schätzten türkische KHK-Patienten im Vergleich zu deutschen KHK-Patienten entsprechend ihrer Selbsteinschätzungen als eingeschränkter ein. Neben dem Herkunftseffekt (F-Wert= 8,46; df=1;96; p<.005) gab es einen signifikanten Zeiteffekt (F-Wert= 7,732; df=1;96; p<.05) (siehe Abbildung 43).



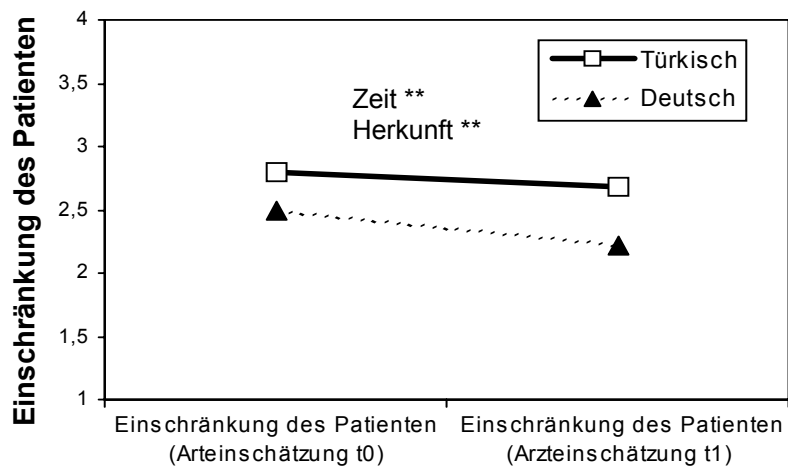


Abbildung 43: Mittlere Arzteinschätzungen bezüglich der Einschränkung des Patienten im KHK-Arzt-Bogen bei Aufnahme der Behandlung t0 und Entlassung t1 bei türkischen und deutschen Patienten mit **koronaren Herzerkrankungen** (\*\*=  $p < .005$ ).

Den Ärzten zufolge waren türkische KHK-Patienten eingeschränkter durch Schmerzen, Risikofaktoren, Behinderungen im Alltag und sozialen Problemen. Lediglich bei psychischer Belastung zeigte sich kein Unterschied. Am Ende der Behandlung nahmen Ärzte soziale Probleme ihrer türkischen KHK-Patienten stärker wahr, was sich in dem Anstieg von t0 nach t1 abbildet (siehe Abbildung 44).

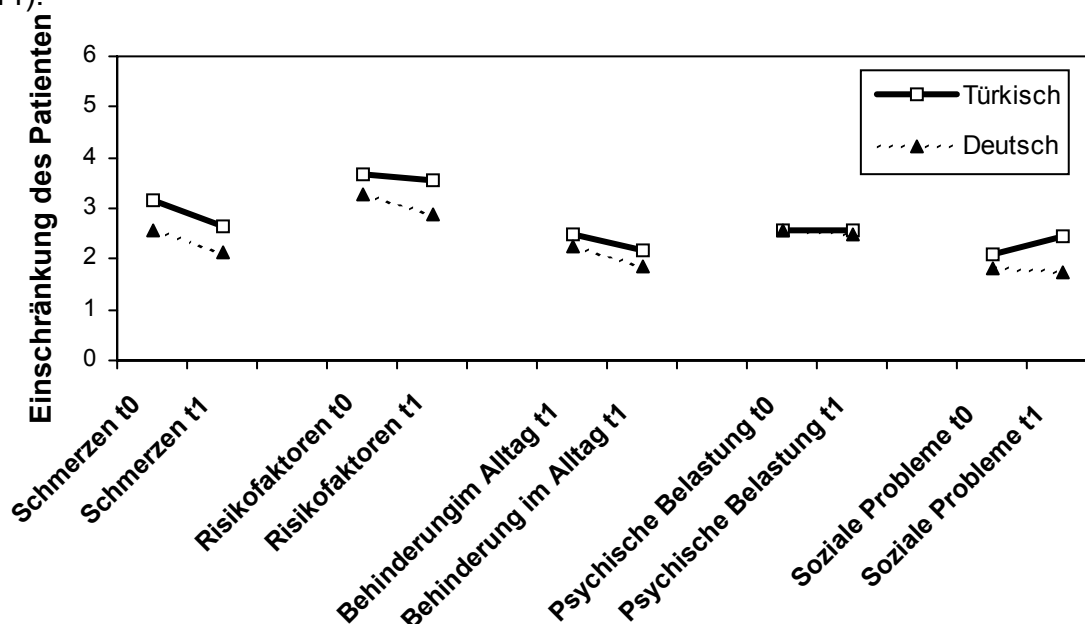


Abbildung 44: Mittlere Arzteinschätzungen bezüglich der Einschränkung des Patienten in unterschiedlichen Bereichen im KHK-Arzt-Bogen bei Aufnahme der Behandlung t0 und Entlassung t1 bei türkischen und deutschen Patienten mit **koronaren Herzerkrankungen**.

Insgesamt bewerteten die Behandler das Rehabilitationsergebnis ihrer deutschen KHK-Patienten ( $M=7,48$ ,  $s= 0,88$ ) bedeutsam besser als das ihrer türkischen KHK- Patienten ( $M= 6,38$ ,  $s=1,41$ ;  $T=-4,65$ ;  $p<.001$ ).

### **3.8.2 Behandlungsergebnisse bei Patienten mit psychiatrischen Diagnosen**

Türkische Patienten der psychiatrischen Gruppe zeigten zu Beginn und am Ende der Behandlung auf allen Skalen des Brief Symptom Inventory bedeutsam höhere Ausprägungen als deutsche Patienten mit psychiatrischen Diagnosen, sodass man bei ihnen von einem höheren Leidensdruck im körperlichen wie psychischen Bereich ausgehen kann. Sie litten z.B. stärker unter sozialer Unsicherheit, Zwanghaftigkeit, Angstsymptomen, körperlichen und depressiven Beschwerden. Deutsche Patienten profitierten darüber hinaus wesentlich stärker von der Behandlung, wofür die Interaktionseffekte zwischen Herkunft und Messzeitpunkt sprechen. Besonders starke therapiebedingte Reduktionen der Symptomatik ergaben sich für deutsche Patienten mit psychiatrischen Diagnosen auf den Skalen „Depressivität“, „Ängstlichkeit“, „Zwanghaftigkeit“ und „Unsicherheit im Sozialkontakt“, wohingegen sich beim Psychotizismus ein leichter Anstieg abzeichnete. Bei türkischen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen wirkte sich die Therapie im Durchschnitt überhaupt nicht auf körperliche Symptome und paranoide Tendenzen aus (siehe Abbildung 45). Die dazugehörenden F-Werte und Freiheitsgrade befinden sich in Anhang 33.

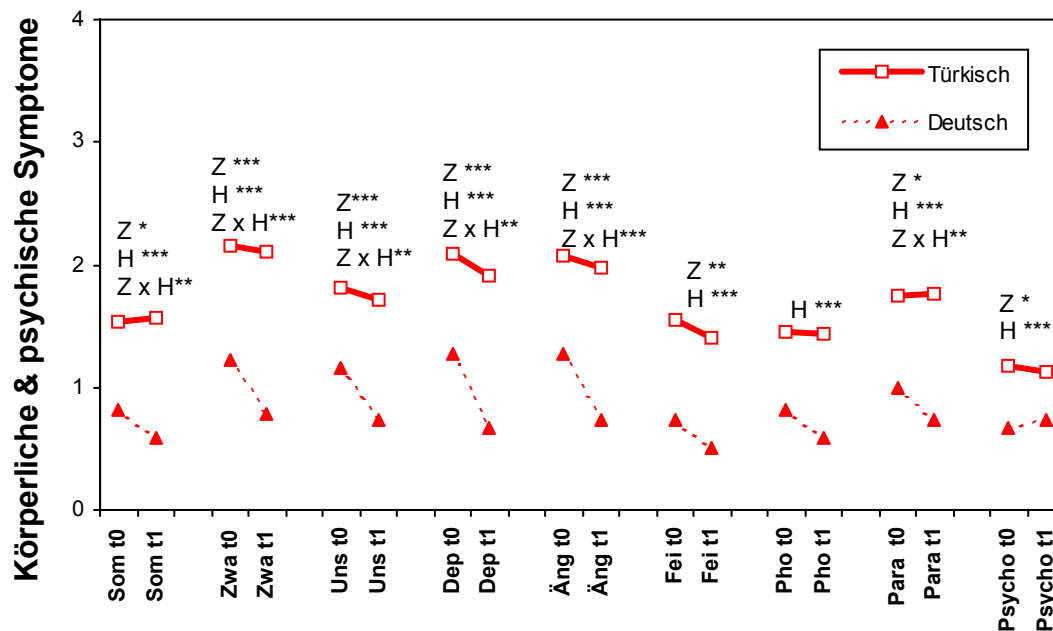


Abbildung 45: Mittelwerte der Skalen des Brief Symptom Inventory (BSI) bei Aufnahme der Behandlung t0 und Entlassung t1 bei türkischen und deutschen Patienten mit **psychiatrischen Diagnosen** (\*\*\*) =  $p < .001$ , \*\* =  $p < .005$ , \* =  $p < .05$ , Z = Zeiteffekt, H = Herkunftseffekt, Z x H = Interaktionseffekt zwischen Zeit und Herkunft, Som = Somatisierung, Zwa = Zwanghaftigkeit, Uns = Unsicherheit im Sozialkontakt, Dep = Depressivität, Äng = Ängstlichkeit, Fei = Feindseligkeit, Pho = Phobische Angst, Para = Paranoides Denken, Psycho = Psychotizismus).

Türkische Patienten mit psychiatrischen Diagnosen litten im Durchschnitt nicht nur stärker unter psychopathologischen Symptomen (GSI; siehe Abbildung 46), sondern wiesen auch bedeutsam mehr Symptome auf (PST-Index; siehe Abbildung 47). Während bei deutschen Patienten die Therapie zu einer Reduktion der Symptomatik führte, verbesserte sich bei türkischen Patienten nur wenig. Bei-

spielsweise blieb die Anzahl der erlebten Symptome in dieser Gruppe nach der Behandlung gleich (siehe Abbildung 47).

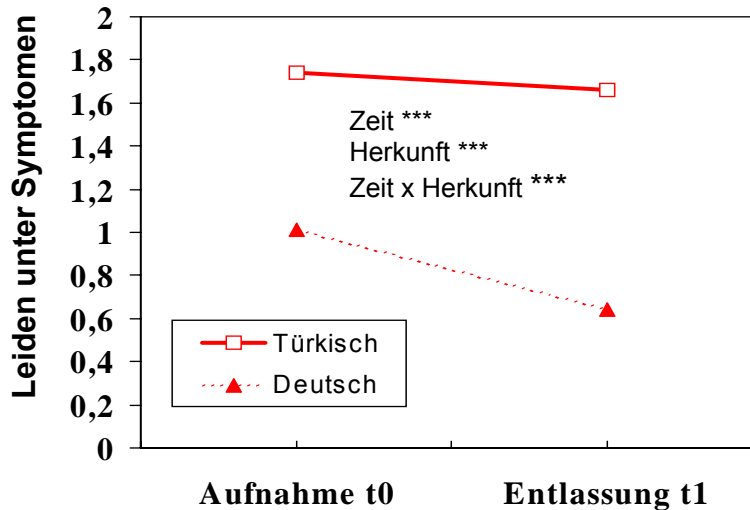


Abbildung 46: Mittelwerte des Global Severity Index (GSI) des Brief Symptom Inventory (BSI) bei Aufnahme der Behandlung t0 und Entlassung t1 bei türkischen und deutschen Patienten mit **psychiatrischen Diagnosen** (\*\*\*) =  $p < .001$ ).

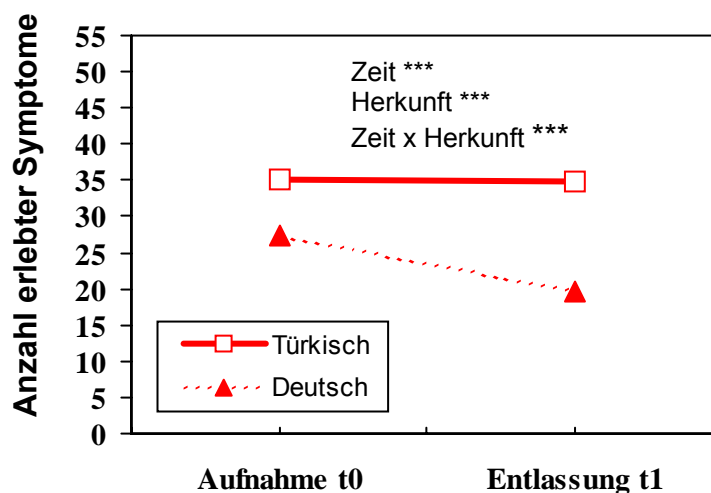


Abbildung 47: Mittelwerte des Positiv Symptom Total Index (PST) des Brief Symptom Inventory (BSI) bei Aufnahme der Behandlung t0 und Entlassung t1 bei türkischen und deutschen Patienten mit **psychiatrischen Diagnosen** (\*\*\*) =  $p < .001$ ).

Die subjektive Lebensqualität, gemessen mit dem WHOQOL-BREF, wurde von deutschen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen als signifikant besser bewer-

tet als von der türkischen Gruppe mit psychiatrischen Diagnosen. Dies zeigte sich z. B. in einer stärkeren Genussfähigkeit, einem stärkeren Sicherheitsgefühl oder einer stärkeren Zufriedenheit mit sich selbst und der eigenen Arbeitsfähigkeit.

Die Behandlung wirkte sich bei deutschen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen auch wesentlich positiver auf die Lebensqualität im körperlichen, psychischen und allgemeinen Bereich aus als bei türkischen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen. Jedoch trug sie in beiden Patientengruppen kaum zu einer verbesserten sozialen Lebensqualität bei (siehe Abbildung 48 & Anhang 33).

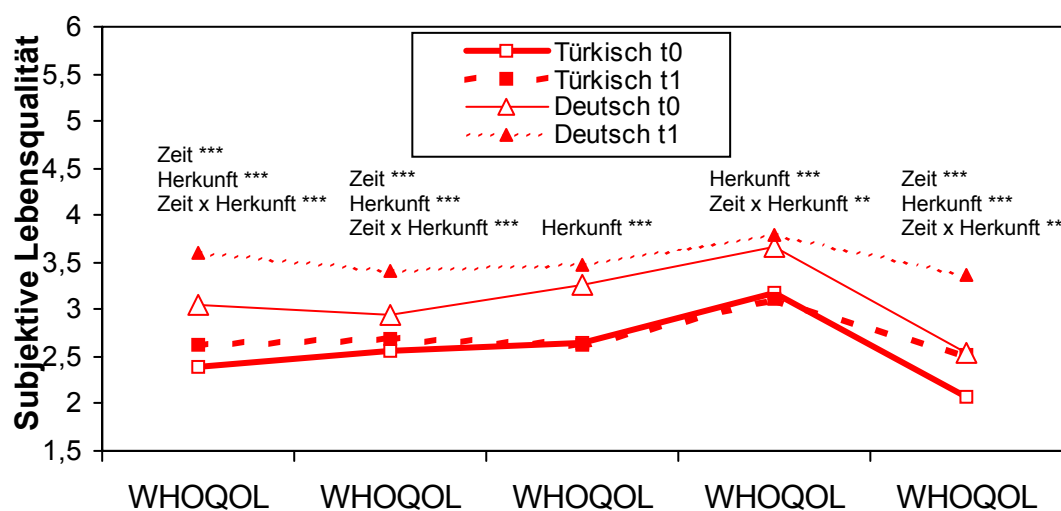


Abbildung 48. Mittelwertes psychischen Skalen des WHOQOL-BREF bei Aufnahme der Behandlung t0 und Entlassung t1 bei türkischen und deutschen Patienten mit **psychiatrischen Diagnosen** (\*\*\*) =  $p < .001$ , \*\* =  $p < .005$ ).

Auch bei der mit dem EQ-5D gemessenen Lebensqualität zeigte sich ein signifikanter Herkunftseffekt (F-Wert= 36,496;  $df=2;104$ ;  $p < .001$ ) und Interaktionseffekt (F-Wert=14,714;  $df=1; 204$ ;  $p < .001$ ). So hatte die türkische Gruppe mit psychiatrischen Diagnosen mehr Probleme in den Bereichen Beweglichkeit und Selbstversorgung, bei allgemeinen Tätigkeiten und bezüglich körperlicher wie psychischer Beschwerden (siehe Abbildung 49).

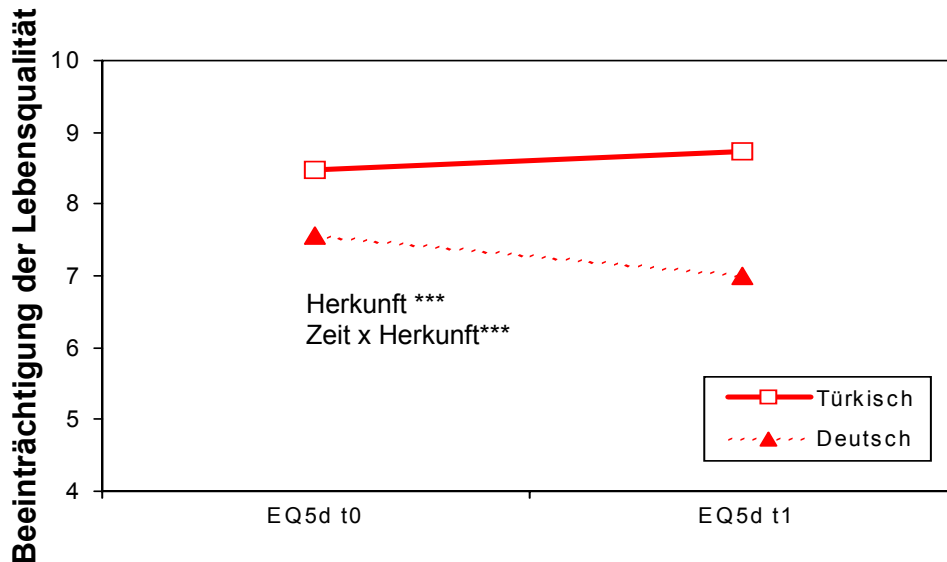


Abbildung 49: Mittelwerte der Summenscores der ersten fünf Items im EQ-5D (Beeinträchtigung der subjektiven Lebensqualität) bei Aufnahme der Behandlung t0 und Entlassung t1 bei türkischen und deutschen Patienten mit **psychiatrischen** Diagnosen ( \*\*\* =  $p < .001$  ).

Auf der Thermometerskala des EQ-5D schätzten türkische Patienten mit psychiatrischen Diagnosen ihren aktuellen Gesundheitszustand bei Aufnahme t0 und Entlassung t1 schlechter ein als die deutsche Gruppe mit psychiatrischen Diagnosen (F-Wert=65,582; df=1;189;  $p < .001$ ). Die Behandlung führte jedoch in beiden Gruppen zu einer signifikanten Verbesserung der Einschätzung (F-Wert=53,452; df=1; 189;  $p < .001$ ) (siehe Abbildung 50).

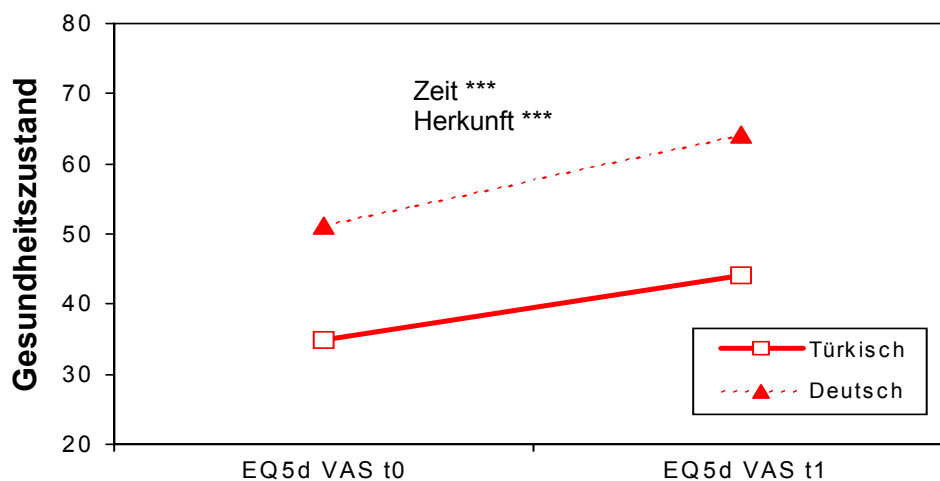


Abbildung 50: Mittelwerte der Thermometerskala des EQ-5D (höhere Werte= besserer Gesundheitszustand) bei Aufnahme der Behandlung t0 und Entlassung

t1 bei türkischen und deutschen Patienten mit **psychiatrischen Diagnosen** (\*\*\*) =  $p < .001$ ).

Insgesamt litten türkische Patienten mit psychiatrischen Diagnosen nicht nur stärker unter ihren Krankheitsbeschwerden, sondern auch signifikant häufiger als deutsche Patienten mit psychiatrischen Diagnosen. Außerdem fühlten sie sich subjektiv stärker durch ihre Beschwerden in psychischen, körperlichen und sozialen Bereichen beeinträchtigt (F-Wert= 59,901;  $df = 1; 227$ ;  $p < .001$ ). Sowohl deutsche als auch türkische Patienten der psychiatrischen Diagnosegruppen bemerkten hingegen nach der Behandlung in diesen Bereichen Verbesserungen (F-Wert=48,701;  $df = 1; 227$ ;  $p < .001$ ) (siehe Beschwerdebogen Anhang 33).

Die Arzteinschätzungen bezüglich der Schwere der Erkrankung (CGI), des globalen Funktionsniveaus (GAF) und der Beeinträchtigungsschwere des Patienten (BSS) bestätigten partiell die Selbsteinschätzungen ihrer Patienten. So wurden auch hier bedeutsame Herkunftseffekte gefunden. Türkische Patienten mit psychiatrischen Diagnosen wurden von ihren behandelnden Ärzten als schwerer krank, stärker beeinträchtigt und weniger funktionierend beschrieben. Entgegen der Ergebnisse der Selbsteinschätzungen fehlten Interaktionseffekte, d.h. den Behandlern zufolge profitierten beide Patientengruppen ähnlich von der Behandlung (siehe Abbildung 51, siehe Anhang 33).

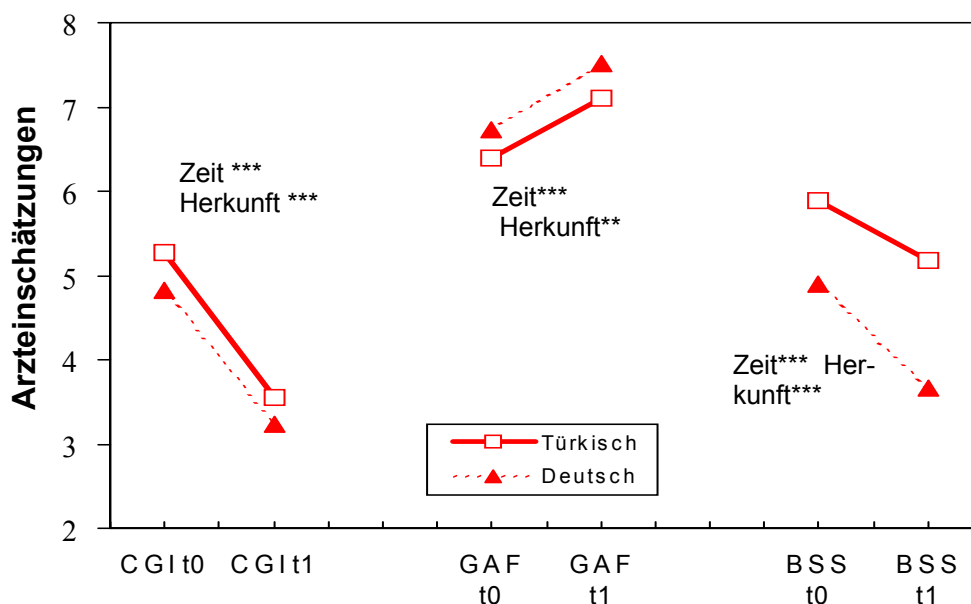


Abbildung 51: Mittelwerte der Arzteinschätzungen bezüglich der Schwere der Erkrankung CGI (hoher Wert= stärkere Erkrankungsschwere), des globalen

Funktionsniveaus GAF (hoher Wert= besseres Funktionsniveau) und der Beeinträchtigungsschwere BSS (hoher Wert= stärkere Beeinträchtigung) bei Aufnahme der Behandlung t0 und Entlassung t1 bei türkischen und deutschen Patienten mit **psychiatrischen Diagnosen** (\*\* =  $p < .005$ , \*\*\* =  $p < .001$ ).

### 3.8.3 Zusammenfassung der Ergebnisse zur Fragestellung 2

Bezüglich aller Behandlungsergebnis-Indikatoren zeigten sich wie hypothesiert schlechtere Behandlungsergebnisse bei türkischen KHK-Patienten (siehe Tabelle 46) und türkischen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen (siehe Tabelle 47).

Tabelle 46: Ergebnisse zu den Hypothesen der **Fragestellung 2** bei Patienten mit **koronaren Herzerkrankungen** („fettgedruckt“= Bestätigung der Hypothese bei  $p < .05$ )

Verfahren (t0/ t1)	Skala/ Index	Hypothese
BSI	<b>Somatisierung</b>	<b>Türken &gt; Deutsche</b>
	<b>Depressivität</b>	
	<b>Unsicherheit im Sozialkontakt</b>	
	<b>Zwanghaftigkeit</b>	
	<b>Ängstlichkeit</b>	
	<b>Feindseligkeit</b>	
	<b>Phobische Angst</b>	
	<b>Paranoides Denken</b>	
	<b>Psychotizismus</b>	
	<b>Global Severity Index GSI</b>	
	<b>Positive Symptom Total PST</b>	
WHOQOL-BREF	<b>Physisches Wohlbefinden</b>	<b>Deutsche &gt; Türken</b>
	<b>Psychisches Wohlbefinden</b>	
	<b>Soziale Beziehungen</b>	
	<b>Umwelt</b>	
	<b>Global</b>	
EQ-5D (5 Items)	<b>Beeinträchtigung der Lebensqualität</b>	<b>Deutsche &lt; Türken</b>
EQ -5D (VAS-Skala)	<b>Gesundheitszustand</b>	<b>Deutsche &gt; Türken</b>
<b>Spezielle Verfahren für Patienten mit koronaren Herzerkrankungen</b>		
KHK-P-Bogen	<b>Körperliche Einschränkung durch Angina</b>	<b>Türken &gt; Deutsche</b>
	<b>Risikofaktoren</b>	<b>Türken &gt; Deutsche</b>
	<b>Angina unter Belastung</b>	<b>Türken &gt; Deutsche</b>
KHK-A-Bogen	<b>Einschränkung des Patienten</b>	<b>Türken &gt; Deutsche</b>



Tabelle 47: Ergebnisse zu den Hypothesen der **Fragestellung 2** bei Patienten mit **psychiatrischen Diagnosen** („fettgedruckt“= Bestätigung der Hypothese bei  $p < .05$ )

Verfahren (t0/ t1)	Skala/ Index	Hypothese
BSI	Somatisierung	Türken > Deutsche
	Depressivität	
	Unsicherheit im Sozialkontakt	
	Zwanghaftigkeit	
	Ängstlichkeit	
	Feindseligkeit	
	Phobische Angst	
	Paranoides Denken	
	Psychotizismus	
	Global Severity Index GSI	
	Positive Symptom Total PST	
WHOQOL-BREF	Physisches Wohlbefinden	Deutsche > Türken
	Psychisches Wohlbefinden	
	Soziale Beziehungen	
	Umwelt	
	Global	
EQ-5D (5 Items)	Beeinträchtigung der Lebensqualität	Deutsche < Türken
EQ -5D (VAS-Skala)	Gesundheitszustand	Deutsche > Türken
<b>Spezielle Verfahren für Patienten mit psychiatrischen Diagnosen</b>		
Beschwerdebogen	Häufigkeit, Schwere, Beeinträchtigung	Türken > Deutsche
CGI (Arzteinschätzung)	Erkrankungsschwere t0 (Verschlechterung t1)	Türken > Deutsche
GAF (Arzteinschätzung)	Globales Funktionsniveau	Deutsche > Türken
BSS (Arzteinschätzung)	Schwere der Beeinträchtigung	Türken > Deutsche

### **3.9 Ergebnisse zur Fragestellung 3: Wie präzisieren krankheitsrelevante Faktoren Behandlungsergebnisse bei türkischen und deutschen Patienten?**

Im folgenden werden die signifikanten Prädiktoren der Behandlungsergebnisse dargestellt, die mittels multipler Regressionsanalysen und der Einschlussmethode pro Konstrukt berechnet wurden. Als Prädiktor ging außerdem der t0-Wert des jeweiligen Behandlungsergebnis-Indikators zur Baselinekontrolle in die Regressionsgleichung ein. Alle Ergebnisse inklusive der nicht-signifikanten Ergebnisse befinden sich für die KHK-Patienten in Anhang 34 und für die Patienten mit psychiatrischen Diagnosen in Anhang 35.

### 3.9.1 Prädiktion durch subjektive Krankheitskonzepte

Subjektive Krankheitskonzepte prädizierten bei türkischen KHK-Patienten die subjektive Symptombelastung durch körperliche und psychische Beschwerden (BSI) und die subjektive Lebensqualität. So zeigte sich, dass ein starker Glaube an die Behandlungswirksamkeit mit einer reduzierten Symptombelastung (GSI t1), einer Reduktion der Zahl erlebter Symptome im BSI (PST t1) und einer höheren Lebensqualität im umweltbezogenen Bereich assoziiert war. Der Glaube an negative Konsequenzen wirkte sich hingegen in dieser Gruppe negativ auf das Behandlungsergebnis aus, indem er zu einer verstärkten subjektiven Symptombelastung bei Entlassung (GSI t1) beitrug. Türkische KHK-Patienten, die ihre Krankheit als etwas Sinnvolles oder Verständliches betrachteten, fühlten sich zu Therapieende bezüglich ihrer psychischen Lebensqualität bedeutsam wohler als Patienten mit geringeren Ausprägungen auf der Skala „Kohärenz“. Insgesamt klärten die Prädiktoren zwischen 50 und über 70% der Varianz der jeweiligen Kriteriumsvariablen auf, wobei diese hohe Varianzaufklärung auf die in die Regressionsgleichungen aufgenommenen Baselinewerte t0 des jeweiligen Kriteriums zurückgeführt werden kann. Bei deutschen KHK-Patienten scheinen subjektive Krankheitskonzepte für die Behandlungsergebnisse keine große Rolle zu spielen. So sagte die Überzeugung, dass die Krankheit chronisch verlaufen wird, eine reduzierte allgemeine subjektive Lebensqualität vorher und eine hohe Ausprägung auf der Skala „persönlicher Einfluss“ entgegen der Hypothese eine schlechtere Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes (siehe Tabelle 48).

Tabelle 48: Signifikante Ergebnisse der Prädiktion der Behandlungsergebnisse durch subjektive Krankheitskonzepte (IPQ-R-GI) bei Patienten mit **koronaren Herzerkrankungen** (B= unstandardisierter Regressionskoeffizient, Beta= standardisierter Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup>= Determinationskoeffizient, F= F-Wert, df= Freiheitsgrade, p= p-Wert, \*\*\* = p<.001, \*\*= p<.005, \*= p<.05).

Patienten türkischer Herkunft					
Prädiktor	B	Beta	Kriterium	R <sup>2</sup>	F; df; p
GSI t0	.681	.689***	GSI t1	.786	F=19,308 df= 8; 42 p <.001
Behandlungswirksamkeit	-.038	-.160*			
Negative Konsequenzen	.029	.232*			
PST t0	.720	.684***	PST t1	.784	F=19,084; df=8;42; p<.001
Behandlungswirksamkeit	-1.283	-.227*			

WHOQOL psychisch t0	.638	.743***	WHOQOL psychisch t1	.731	F=13,946; df=8; 41; p<.001
Kohärenz	.059	.328**			
WHOQOL Umwelt t0	.509	.418*	WHOQOL Umwelt t1	.552	F=6.325; df= 8; 41; p<.001
Behandlungswirksamkeit	.075	.287*			
<b>Patienten deutscher Herkunft</b>					
<b>Prädiktor</b>	<b>B</b>	<b>Beta</b>	<b>Kriterium</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F; df; p</b>
Chronischer Verlauf	-.036	-.363*	WHOQOL allgemein t1	.313	F=2,224; df= 8; 39; p=.046
EQ-5D VAS t0	.404	.402*	EQ-5D VAS t1	.554	F=3,877 ; df=8 ; 25 ; p=.004
Persönlicher Einfluss	-2.881	-.502			

Bei türkischen KHK-Patienten standen folgende vermutete Krankheitsursachen am stärksten im Zusammenhang mit Indikatoren des Behandlungsergebnisses bei Entlassung t1: Familienprobleme oder Sorgen, das emotionale Befinden, Veränderungen des Immunsystems, schwache Nerven und mangelnde Willenskraft. Weitere relevante Items umfassten „eigenes Verhalten“, „eigene Einstellungen“, „eigene Schuld“, „Strafe Gottes“, „Rauchen“ und „Stress und Sorgen“. Völlig irrelevant für das Behandlungsergebnis waren „Vererbung“ oder „Verfolgung durch andere“. In der deutschen KHK-Stichprobe waren die Zusammenhänge zwischen den Behandlungsergebnis-Indikatoren t1 und den Ursachenitems schwächer als bei türkischen KHK-Patienten. So stand fast die Hälfte der Ursachenitems mit keinem einzigen Indikator in einem signifikanten Zusammenhang. Für das Behandlungsergebnis relevante Ursachenitems waren wie in der türkischen Stichprobe „Stress und Sorgen“, „eigene Einstellungen“, „Familienprobleme oder Sorgen“, „emotionales Befinden“ und „schwache Nerven“ (siehe Anhang 36).

Bei türkischen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen wirkte sich eine starke Überzeugung von der Behandlungswirksamkeit, ein starker Glaube an den eigenen Einfluss auf die Erkrankung und die Überzeugung eines kürzeren Krankheitsverlaufs positiv auf die Behandlungsergebnisse aus. Beispielsweise prädizierten die Skalen „Verlauf (akut, chronisch)“ und „Persönlicher Einfluss“ die Anzahl erlebter Symptome im BSI bei Entlassung (PST t1). Stärker an die Behandlungswirksamkeit glaubende türkische Patienten wurden von behandelnden Ärzten als weniger schwer beeinträchtigt im BSS bewertet im Vergleich zu Patienten, die nicht oder kaum an den Erfolg der Therapie glaubten. Der Glaube an einen

chronischen Krankheitsverlauf wirkte sich nicht nur negativ auf die subjektive Symptombelastung (GSI t1) aus, sondern prädizierte auch eine niedrige Lebensqualität im EQ-5D. Bei deutschen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen spielte der Glaube an die Behandlungswirksamkeit eine noch wichtigere Rolle als in der türkischen Gruppe mit psychiatrischen Diagnosen, da er neben seinem Einfluss auf die subjektive Symptombelastung im BSI (GSI) sämtliche Bereiche der subjektiven Lebensqualität prädizierte. Im Gegensatz zur türkischen Gruppe mit psychiatrischen Diagnosen war in der deutschen Gruppe mit psychiatrischen Diagnosen die Skala „Verlauf (akut, chronisch)“ irrelevant für die Behandlungsergebnisse, während die Überzeugung von negativen Krankheitskonsequenzen nur bei Deutschen eine niedrige Lebensqualität im körperlichen und allgemeinen Bereich (WHOQOL-BREF) prädizierte. Bei türkischen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen führte eine hohe Ausprägung auf der Skala „Zyklischer Krankheitsverlauf“ zu besserer subjektiver Lebensqualität im EQ-5D, während bei deutschen Patienten mit vergleichbaren Diagnosen ein schwacher Glaube an den eigenen persönlichen Einfluss auf die Erkrankung entgegen der Hypothese hohe umweltbezogene Lebensqualität prädizierte (siehe Tabelle 49).

Tabelle 49: Signifikante Ergebnisse der Prädiktion der Behandlungsergebnisse durch subjektive Krankheitskonzepte (IPQ-R-GI) bei Patienten mit **psychiatrischen Diagnosen** (B= unstandardisierter Regressionskoeffizient, Beta= standardisierter Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup>= Determinationskoeffizient, F= F-Wert, df= Freiheitsgrade, p= p-Wert, \*\*\* = p<.001, \* = p<.05).

Patienten türkischer Herkunft					
Prädiktor	B	Beta	Kriterium	R <sup>2</sup>	F; df; p
GSI t0	.456	.465***	GSI t1	.509	F=14,524; df= 8; 112 p <.001
Chronischer Verlauf	.033	.215*			
PST t0	.554	.420***	PST t1	.390	F=9,578; df=8; 120; p<.001
Chronischer Verlauf	1.092	.245*			
	1.092	.269*			
Persönlicher Einfluss	-.756	-.215*			
WHOQOL allgemein t0	.239	.220*	WHOQOL allgemein t1	.210	F=3,716; df=8; 112; p=.001
Behandlungswirksamkeit	.074	.263*			
BSS t0	.356	.382***	BSS t1	.298	F=5,665; df= 8; 107; p<.001
Behandlungswirksamkeit	-.147	-.233*			

EQ-5D t0	.419	.429***	EQ 5d t1	.519	F=13,509; df=8;100; p<.001
Chronischer Verlauf	.086	.207*			
Zyklischer Verlauf	-.152	-.207*			
<b>Patienten deutscher Herkunft</b>					
<b>Prädiktor</b>	<b>B</b>	<b>Beta</b>	<b>Kriterium</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F; df; p</b>
GSI t0	-.680	-.707***	GSI t1	.576	F=16,972; df= 8; 100; p<.001
Behandlungswirksamkeit	-.058	-.276*			
WHOQOL physisch t0	.526	.540***	WHOQOL physisch t1	.516	F=13,183; df= 8; 99; p<.001
Behandlungswirksamkeit	.060	.237*			
Negative Konsequenzen	-.036	-.235*			
WHOQOL psychisch t0	.530	.541***	WHOQOL psychisch t1	.536	F=14,305; df=8;99; p<.001
Behandlungswirksamkeit	.064	.244*			
WHOQOL Umwelt t0	.665	.656***	WHOQOL Umwelt t0	.555	F=15,426; df=8;99; p<.001
Persönlicher Einfluss	-.027	-.203*			
Behandlungswirksamkeit	.072	.384***			
WHOQOL global t0	.353	.333***	WHOQOL global t1	.345	F=6,466; df=8; 98; p<.001
Behandlungswirksamkeit	.086	.288*			
Negative Konsequenzen	-.046	-.259*			
EQ-5D VAS t0	.353	.341***	EQ-5D VAS t1	.385	F=6,194; df=8; 79; p<.001
Behandlungswirksamkeit	1.762	.273*			

Die Zusammenhänge zwischen einzelnen Ursachenitems und Behandlungsergebnis-Indikatoren bei Entlassung t1 waren bei türkischen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen eher schwach. Während „Überarbeitung“ und „emotionales Befinden“ am relevantesten waren, standen 17 von 37 Items mit keinem Behandlungsergebnis-Parameter in signifikantem Zusammenhang und 10 von 37 lediglich mit einem einzigen Parameter. Bei deutschen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen korrelierten „emotionales Befinden“, „schlechte Kindheit“, „schwache Nerven“, „Konflikte mit der Ursprungsfamilie“ und „Konflikte mit anderen wichtigen Bezugspersonen“ mit den meisten Behandlungsergebnis-Parametern bei Entlassung t1 (siehe Anhang 36).

### 3.9.2 Prädiktion durch krankheitsspezifische Stressverarbeitung

Stressverarbeitung eignete sich in allen Diagnosegruppen nur bei einzelnen Indikatoren des Behandlungsergebnisses als signifikanter Prädiktor.

Sowohl bei türkischen als auch bei deutschen KHK-Patienten sagte maladaptive Stressverarbeitung schlechte Behandlungsergebnisse vorher. So führte sie in der türkischen KHK-Gruppe zu einer niedrigeren Zufriedenheit im sozialen Bereich.

In der deutschen KHK-Gruppe trug sie zu einer schlechteren Lebensqualität im psychischen Bereich bei, ferner prädizierte sie stärkere Einschränkungen des Patienten durch Schmerzen, Risikofaktoren, soziale und psychische Probleme in den Arzteinschätzungen. Entgegen der Annahme führte maladaptive Stressverarbeitung in der türkischen KHK-Gruppe zu einer schwächeren Ausprägung von Risikofaktoren gemäß der Patienteneinschätzung (siehe Tabelle 50).

Tabelle 50: Signifikante Ergebnisse der Prädiktion der Behandlungsergebnisse durch krankheitsspezifische Stressverarbeitung (SVF-78) bei Patienten mit **koronaren Herzerkrankungen** (B= unstandardisierter Regressionskoeffizient, Beta= standardisierter Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup>= Determinationskoeffizient, F= F-Wert, df= Freiheitsgrade, p= p-Wert, \*\*\* = p<.001, \*= p<.05).

<b>Patienten türkischer Herkunft</b>					
<b>Prädiktor</b>	<b>B</b>	<b>Beta</b>	<b>Kriterium</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F; df; p</b>
WHOQOL sozial t0	.620	.691***	WHOQOL sozial t1	.545	F=18,333; df= 3; 46; p< .001
Maladaptive Stressverarbeitung	-.252	-.224*			
Risikofaktoren t0	.792	.752***	Risikofaktoren t1	.579	F=21,056; df=3; 46; p<.001
Maladaptive Stressverarbeitung	-.241	-.226*			
<b>Patienten deutscher Herkunft</b>					
<b>Prädiktor</b>	<b>B</b>	<b>Beta</b>	<b>Kriterium</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F; df; p</b>
WHOQOL psychisch t0	.484	.670***	WHOQOL psychisch t1	.633	F=25,305; df= 3; 44; p<.001
Maladaptive Stressverarbeitung	-.159	-.223*			
Einschränkung des Pat. (Arzt) t0	.496	.530***	Einschränkung des Pat. (Arzt) t1	.406	F=10,038; df=3; 44; p<.001
Maladaptive Stressverarbeitung	.394	.346*			

Die Behandlungsergebnisse türkischer Patienten mit psychiatrischen Diagnosen wurden positiv von adaptiven Stressverarbeitungstrategien beeinflusst. Türkische Patienten der psychiatrischen Gruppe mit hohen Ausprägungen auf „positiver Selbstinstruktion“, „Ablenkung“, „Reaktionskontrolle“ und „Situationskontrolle“ fühlten sich am Ende der Behandlung weniger durch ihre körperliche und psychische Symptomatik beeinträchtigt (GSI t1). Außerdem hatten sie nach der Behandlung weniger Probleme in unterschiedlichen Bereichen der körperlichen Lebensqualität (EQ-5D t1) im Vergleich zu weniger stressadaptiven türkischen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen. In der deutschen Gruppe mit psychiatrischen Diagnosen prädizierte maladaptive Stressverarbeitung bedeutsam eine schlechte

subjektive Lebensqualität im körperlichen und allgemeinen Bereich, d.h. Patienten, die sich stärker selbstbeschuldigten, eher resignierten, eine stärkere Flucht-tendenz aufwiesen und sich gedanklich mehr mit ihren Stresssituationen beschäftigten, profitierten weniger von der Behandlung (siehe Tabelle 51).

Tabelle 51: Signifikante Ergebnisse der Prädiktion der Behandlungsergebnisse durch krankheitsspezifische Stressverarbeitung (SVF-78) bei Patienten mit **psychiatrischen Diagnosen** (B= unstandardisierter Regressionskoeffizient, Beta= standardisierter Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup>= Determinationskoeffizient, F= F-Wert, df= Freiheitsgrade, p= p-Wert, \*\*\* = p<.001, \*= p<.05).

<b>Patienten türkischer Herkunft</b>					
<b>Prädiktor</b>	<b>B</b>	<b>Beta</b>	<b>Kriterium</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F; df; p</b>
GSI t0	.486	.495***	GSI t1	.405	F=26,491; df= 3; 117; p< .001
Adaptive Stressverarbeitung	-.145	-.177*			
EQ-5D t0	.493	.506***	EQ-5D t1	.446	F=28,163; df=3; 105; p<.001
Adaptive Stressverarbeitung	-.377	-.179*			
<b>Patienten deutscher Herkunft</b>					
<b>Prädiktor</b>	<b>B</b>	<b>Beta</b>	<b>Kriterium</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F; df; p</b>
WHOQOL physisch t0	.616	.631***	WHOQOL physisch t1	.456	F=29,116; df= 3; 104; p<.001
Maldadaptive Stressverarbeitung	-.142	-.166*			
WHOQOL global t0	.394	.372***	WHOQOL global t1	.231	F=10,297; df=3; 103; p<.001
Maladaptive Stressverarbeitung	-.196	-.196*			

### 3.9.3 Prädiktion durch Persönlichkeitsfaktoren

Persönlichkeitsfaktoren spielten in allen vier Gruppen eine bedeutsame Rolle für den Therapieerfolg. So zeigte sich bei türkischen KHK-Patienten ein positiver Einfluss der Extraversion und der Gewissenhaftigkeit auf unterschiedliche Bereiche subjektiver Lebensqualität. Genauso wie bei deutschen KHK-Patienten führten hohe Ausprägungen auf Neurotizismus zu einer stärkeren Symptombelastung im BSI. Bei deutschen KHK-Patienten war der Faktor „Gewissenhaftigkeit“ bedeutsam für eine hohe subjektive Lebensqualität in unterschiedlichen Bereichen. Ferner fühlten sich Personen deutscher Herkunft mit hoher Ausprägung auf Ge-

wissenschaftigkeit am Ende der Behandlung weniger durch Angina pectoris- Symptome eingeschränkt. Extraversion erlaubte hingegen keine signifikante Vorhersage auf die Behandlungsergebnisse in der deutschen KHK-Gruppe. Dass ein hoher Neurotizismuswert bei türkischen KHK-Patienten eine verbesserte umweltbezogene Lebensqualität vorhersagte und eine hohe Ausprägung auf Verträglichkeit bei deutschen KHK-Patienten zu einer stärkeren vom Arzt eingeschätzten Einschränkung beitrug entsprach nicht den Hypothesen (siehe Tabelle 52).

Tabelle 52: Signifikante Ergebnisse der Prädiktion der Behandlungsergebnisse durch Persönlichkeitsfaktoren (NEO-FFI) bei Patienten mit **koronaren Herzerkrankungen** (B= unstandardisierter Regressionskoeffizient, Beta= standardisierter Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup>= Determinationskoeffizient, F= F-Wert, df= Freiheitsgrade, p= p-Wert, \*\*\* = p<.001, \*\*= p<.005, \*= p<.05).

Patienten türkischer Herkunft					
Prädiktor	B	Beta	Kriterium	R <sup>2</sup>	F; df; p
GSI t0	.531	.538***	GSI t1	.755	F=22,573; df= 6; 44; p< .001
Neurotizismus	.330	.296*			
PST t0	.428	.407**	PST t1	.813	F=31,968; df=6; 44; p<.001
Neurotizismus	9.246	.356**			
Extraversion	-8.636	-.314*			
Offenheit für Erfahrung	7.523	.242**			
WHOQOL sozial t0	.393	.439***	WHOQOL sozial t1	.713	F=17,773; df=6; 43; p<.001
Extraversion	.598	.352*			
WHOQOL Umwelt t0	.497	.408***	WHOQOL Umwelt t1	.696	F=16,412; df=6; 43; p<.001
Extraversion	.472	.372*			
Neurotizismus	.322	.262*			
Gewissenhaftigkeit	.439	.357*			
WHOQOL global t0	.199	.259*	WHOQOL global t1	.471	F=6,369; df=6; 43; p<.001
Offenheit für Erfahrung	-.633	-.299*			
Gewissenhaftigkeit	.675	.257*			



Patienten deutscher Herkunft					
Prädiktor	B	Beta	Kriterium	R <sup>2</sup>	F; df; p
GSI t0	.253	.442**	GSI t1	.577	F=9,303; df= 6; 41; p<.001
Neurotizismus	.104	.498*			
PST t0	.434	.505***	PST t1	.662	F=13,371; df=6; 41; p<.001
Neurotizismus	4.504	.487**			
WHOQOL physisch t0	.355	.536***	WHOQOL physisch t1	.480	F= 6.296; df=6; 41; p<.001
Gewissenhaftigkeit	.506	.362*			
WHOQOL psychisch t0	.397	.549***	WHOQOL psychisch t1	.770	F=22,843; df=6;41; p<.001
Gewissenhaftigkeit	.448	.350**			
WHOQOL Umwelt t0	.474	.550***	WHOQOL Umwelt t1	.571	F=9,105; df=6; 41; p<.001
Gewissenhaftigkeit	.338	.287*			
Körperl. Einschränkung durch Angina t0	.309	.445**	Körperl. Einschränkung durch Angina t1	.402	F=4,600; df=6; 41; p=.001
Gewissenhaftigkeit	-1.200	-.508**			
Einschränkung des Pat. (Arzt) t0	.599	.640***	Einschränkung des Pat. (Arzt) t1	.445	F=5,482; df=6; 41; p<.001
Verträglichkeit	.664	.392*			

Bei türkischen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen prädizierten hohe Ausprägungen auf „Gewissenhaftigkeit“ und „Extraversion“ eine hohe subjektive Lebensqualität in vielen Bereichen. Verträglichkeit sagte eine hohe Lebensqualität im sozialen Bereich vorher. Die Parameter der subjektiven Symptombelastung im BSI wurden durch Gewissenhaftigkeit prädiziert. Türkische Patienten mit psychiatrischen Diagnosen, die sich selbst als offener für neue Erfahrungen beschrieben, schätzten ihren aktuellen Gesundheitszustand am Ende der Behandlung als bedeutsam besser ein im Vergleich zu weniger offenen Patienten. Während Neurotizismus in der türkischen Gruppe keinen signifikanten Beitrag zur Erklärung der Behandlungsergebnisse lieferte, war er in der Gruppe der deutschen Patienten ein wichtiger Prädiktor. So litten deutsche Patienten der psychiatrischen Gruppe bei hohem Neurotizismuswert am Ende ihrer Behandlung stärker unter ihren Beschwerden (GSI), hatten mehr Beschwerden (PST) und eine niedrigere Lebensqualität im allgemeinen, körperlichen wie psychischen Bereich. Extraversion wirkte sich wie in der türkischen Gruppe positiv auf die Behandlungsergebnisse aus. Alle anderen Persönlichkeitsfaktoren des NEO-FFI trugen in der deutschen psychiatrischen Gruppe nicht signifikant zur Varianzaufklärung der Behandlungsergebnis-Parameter bei. Verträglichkeit trug entgegen der Hypothese

zu einer schlechteren subjektiven Lebensqualität gemessen mit dem EQ-5D bei türkischen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen bei, während bei deutschen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen eine hohe Gewissenhaftigkeit eine starke Symptombelastung (GSI) bei Entlassung vorhersagte (siehe Tabelle 53).

Tabelle 53: Signifikante Ergebnisse der Prädiktion der Behandlungsergebnisse durch Persönlichkeitsfaktoren (NEO-FFI) bei Patienten mit **psychiatrischen Diagnosen** (B= unstandardisierter Regressionskoeffizient, Beta= standardisierter Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup>= Determinationskoeffizient, F= F-Wert, df= Freiheitsgrade, p= p-Wert, \*\*\* = p<.001, \*\*= p<.005, \*= p<.05).

Patienten türkischer Herkunft					
Prädiktor	B	Beta	Kriterium	R <sup>2</sup>	F; df; p
GSI t0	.468	.478***	GSI t1	.489	F=18,146; df= 6; 114 ; p< .001
Gewissenhaftigkeit	-.232	-.177*			
PST t0	.562	.550***	PST t1	.588	F=27,074; df=6; 114; p<.001
Gewissenhaftigkeit	-5,133	-.244**			
WHOQOL physisch t0	.563	.571***	WHOQOL physisch t1	.570	F=25,199; df=6; 114; p<.001
Extraversion	.352	.264**			
WHOQOL psychisch t0	.424	.465***	WHOQOL psychisch t1	.621	F=31,189; df=6; 114; p<.001
Extraversion	.331	.241**			
Gewissenhaftigkeit	.234	.165*			
WHOQOL sozial t0	.208	.217*	WHOQOL sozial t1	.342	F=9,880; df=6; 114; p<.001
Verträglichkeit	.464	.174*			
Gewissenhaftigkeit	.429	.252*			
WHOQOL Umwelt t0	.392	.399***	WHOQOL Umwelt t1	.426	F=14,112; df=6; 114; p<.001
Gewissenhaftigkeit	.313	.274**			
WHOQOL global t0	.222	.204*	WHOQOL global t1	.290	F=7,744; df=6; 114; p<.001
Extraversion	.384	.222*			
EQ-5D t0	.525	.538***	EQ-5D t1	.496	F=16,702; df=6; 102; p<.001
Verträglichkeit	.998	.181*			
EQ-5D VAS t0	.392	.359***	EQ-5D VAS t1	.405	F=10,899; df= 6; 96; p<.001
Extraversion	10.005	.257*			
Offenheit für Erfahrung	11.093	.232*			

Patienten deutscher Herkunft					
Prädiktor	B	Beta	Kriterium	R <sup>2</sup>	F; df; p
GSI t0	.489	.509***	GSI t1	.649	F=31,074; df= 6; 101; p<.001
Neurotizismus	.301	.340***			
Gewissenhaftigkeit	.214	.174*			
Extraversion	-.184	-.172*			
PST t0	.439	.411***	PST t1	.650	F=31,196; df=6; 101; p<.001
Neurotizismus	9.638	.507***			
WHOQOL physisch t0	.475	.487***	WHOQOL physisch t1	.604	F=25,669; df=6; 101; p<.001
Neurotizismus	-.267	-.251**			
Extraversion	.301	.234*			
WHOQOL psychisch t0	.353	.360***	WHOQOL psychisch t1	.703	F=39,918; df=6; 101; p<.001
Neurotizismus	-.375	-.341***			
Extraversion	.352	.266***			
WHOQOL global t0	.382	.360***	WHOQOL global t1	.410	F=11,566; df=6; 100; p<.001
Neurotizismus	-.366	-.292*			
Extraversion	.317	.204*			
EQ-5D VAS t0	.327	.316**	EQ-5D VAS t1	.404	F=9,144; df=6; 81; p<.001
Extraversion	11.672	.340**			

### 3.9.4 Prädiktion durch kritische Lebensereignisse

Während kritische Lebensereignisse in der deutschen KHK-Gruppe nicht als Prädiktor von Behandlungsergebnissen in Frage kamen, standen sie bei türkischen KHK-Patienten mit fast allen Indikatoren des Therapieergebnisses in bedeutsamen Zusammenhang. Eine hohe Anzahl kritischer Lebensereignisse in den vergangenen vier Jahren sagte einen hohen Leidensdruck im BSI (GSI) und eine hohe Anzahl erlebter Symptome im BSI (PST) vorher. Eine niedrige körperbezogene sowie umweltbezogene Lebensqualität wurden ebenfalls dadurch und durch die Gesamtzahl erlebter kritischer Lebensereignisse prädiziert. Letztere wirkte sich auch auf die KHK-spezifischen Indikatoren des Behandlungsergebnisses aus. So fühlten sich Patienten mit einer hohen Gesamtzahl kritischer Ereignisse am Ende der Behandlung stärker von Angina Pectoris-Beschwerden unter körperlicher Anstrengung belastet. Ferner waren sie körperlich stärker durch diese Symptomatik eingeschränkter und litten Selbstangaben zufolge in höherem Ausmaß an diversen Risikofaktoren, wie z.B. Bewegungsmangel, Stress oder Übergewicht als Personen mit weniger kritischen Ereignissen (siehe Tabelle 54).

Tabelle 54: Signifikante Ergebnisse der Prädiktion der Behandlungsergebnisse durch die Anzahl kritischer Lebensereignisse (KL; Ereignisliste) bei Patienten mit **koronaren Herzerkrankungen** (B= unstandardisierter Regressionskoeffizient, Beta= standardisierter Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup>= Determinationskoeffizient, F= F-Wert, df= Freiheitsgrade, p= p-Wert, \*\*\* = p<.001, \*\*= p<.005, \*= p<.05).

<b>Patienten türkischer Herkunft</b>					
<b>Prädiktor</b>	<b>B</b>	<b>Beta</b>	<b>Kriterium</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F; df; p</b>
GSI t0	.718	.727***	GSI t1	.751	F=47,314; df= 3; 47; p<.001
KL (letzte 4 Jahre)	.042	.200*			
PST t0	.763	.725***	PST t1	.796	F=61,187; df=3; 47; p<.001
KL (gesamt)	.477	.158*			
KL (letzte 4 Jahre)	1.145	.230**			
WHOQOL physisch t0	.504	.596***	WHOQOL physisch t1	.526	F=17,014; df=3; 46; p<.001
KL (letzte 4 Jahre)	-.056	-.336**			
WHOQOL sozial t0	.593	.662***	WHOQOL sozial t1	.564	F=19,844; df=3; 46; p<.001
KL (letzte 4 Jahre)	-.089	-.289*			
WHOQOL Umwelt t0	.647	.530***	WHOQOL Umwelt t1	.514	F=16,203; df=3; 46; p<.001
KL (letzte 4 Jahre)	-.073	-.320*			
WHOQOL global t0	.318	.415**	WHOQOL global t1	.357	F=8,508; df=3; 46; p<.001
KL (gesamt)	-.078	-.376**			
KL (letzte 4 Jahre)	.163	-.348**			
Angina unter Belastung t0	.429	.431**	Angina unter Belastung t1	.327	F=7,434; df=3; 46; p<.001
KL (gesamt)	.059	.299*			
Körperl. Einschränkung durch Angina t0	.382	.338**	Körperl. Einschränkung durch Angina t1	.442	F=12,169; df=3; 46; p<.001
KL (gesamt)	.146	.520***			
Risikofaktoren t0	.738	.702***	Risikofaktoren t1	.635	F=26,696; df=3; 46; p<.001
KL (gesamt)	.060	.339**			
EQ-5D t0	.587	.629***	EQ 5d t1	.563	F=18,464; df=3;43; p<.001
KL (gesamt)	.163	.348**			
EQ-5D VAS t0	.664	.724***	EQ-5D VAS t1	.594	F=19,056; df=3; 39; p<.001
KL (letzte 4 Jahre)	-2.239	-.270*			
<b>Patienten deutscher Herkunft</b>					
<b>Prädiktor</b>	<b>B</b>	<b>Beta</b>	<b>Kriterium</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F; df; p</b>
Keine signifikanten Ergebnisse					

In der türkischen KHK-Gruppe waren das Vorliegen einer eigenen geistig-seelischen Erkrankung, schwerwiegende Streitigkeiten und Konflikte in der Partnerschaft oder in der Ehe sowie größere finanzielle Schwierigkeiten am relevantesten für schlechte Behandlungsergebnisse, da diese kritischen Lebensereig-

nisse mit mindestens 7 von 13 Behandlungsergebnis-Parametern bei Entlassung t1 in signifikantem Zusammenhang standen. An zweiter Stelle folgten größere berufliche Misserfolge des Partners, berufliche und private Schwierigkeiten der Kinder, der Verlust der eigenen Mobilität sowie Alkohol- und Medikamentenprobleme .

Bei deutschen KHK-Patienten erwiesen sich hingegen die meisten Zusammenhänge zwischen einzelnen kritischen Lebensereignissen und Behandlungsergebnis-Parametern zu t1 als nicht oder wenig bedeutsam. Lediglich das Vorliegen einer eigenen geistig-seelischen Erkrankung stand mit mehr als 3 Parametern in signifikanter Beziehung, während der Verlust des eigenen Arbeitsplatzes bzw. Arbeitslosigkeit mit 3 Indikatoren korrelierte (siehe Anhang 37).

Beim Vergleich der türkischen und deutschen psychiatrischen Gruppen zeigte sich entgegengesetzt zu den KHK-Gruppen eine hohe Bedeutsamkeit kritischer Lebensereignisse für die Behandlungsergebnisse deutscher Patienten, während bei türkischen Patienten eine hohe Gesamtzahl kritischer Lebensereignisse lediglich eine hohe Zahl körperlicher und psychischer Symptome im BSI (PST) vorhersagte. Kritische Lebensereignisse prädizierten in der deutschen Gruppe ebenfalls hohe PST-Werte, weiterhin sagten sie eine niedrige Lebensqualität im sozialen, umweltbezogenen und allgemeinen Bereich vorher. Darüberhinaus wurden deutsche Patienten mit hoher Anzahl kritischer Lebensereignisse von ihren Ärzten am Ende der Behandlung im BSS als bedeutsam beeinträchtigt durch ihre psychischen Beschwerden eingeschätzt als Patienten mit weniger kritischen Lebensereignissen (siehe Tabelle 55).

Tabelle 55: Signifikante Ergebnisse der Prädiktion der Behandlungsergebnisse durch kritische Lebensereignisse (KL; Ereignisliste) bei Patienten mit **psychiatrischen Diagnosen** (B= unstandardisierter Regressionskoeffizient, Beta= stan-

dardisierter Regressionskoeffizient,  $R^2$ = Determinationskoeffizient, F= F-Wert, df= Freiheitsgrade, p= p-Wert, \*\*\* =  $p < .001$ , \*\* =  $p < .005$ , \* =  $p < .05$ ).

<b>Patienten türkischer Herkunft</b>					
<b>Prädiktor</b>	<b>B</b>	<b>Beta</b>	<b>Kriterium</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F; df; p</b>
PST t0	.531	.402***	PST t1	.410	F=29,002; df= 3; 125 p< .001
KL (gesamt)	1.134	.392***			
<b>Patienten deutscher Herkunft</b>					
<b>Prädiktor</b>	<b>B</b>	<b>Beta</b>	<b>Kriterium</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F; df; p</b>
PST t0	.503	.433***	PST t1	.488	F=36,592; df= 3; 115; p<.001
KL (gesamt)	.807	.307***			
KL (letzte 4 Jahre)	.910	.191*			
WHOQOL sozial t0	.480	.547***	WHOQOI sozial t1	.402	F=23,287; df= 3; 104; p<.001
KL (gesamt)	-.033	-.189*			
WHOQOL Umwelt t0	.578	.570***	WHOQOL Umwelt t1	.537	F=40,245; df=3; 104; p<.001
KL (letzte 4 Jahre)	-.053	-.280**			
WHOQOL global t0	.398	.375***	WHOQOL global t1	.259	F=12,002; df=3; 103; p<.001
KL (gesamt)	-.040	-.216*			
EQ-5D t0	.582	.633***	EQ-5D t1	.483	F=28,923; df=3;93; p<.001
KL (gesamt)	.068	.192*			
BSS t0	.559	.585***	BSS t1	.432	F=24,302; df=3; 96; p<.001
KL (gesamt)	.085	.221*			

Die Analysen der Zusammenhänge einzelner kritischer Lebensereignisse mit den Behandlungsergebnis-Parametern bei Entlassung t1 reflektieren die Wichtigkeit des Schließens neuer Freundschaften bzw. engerer Bekanntschaften und des Entdeckens neuer Hobbies für gute Behandlungsergebnisse bei türkischen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen. Im Gegensatz dazu wirkten sich der Verlust der eigenen Mobilität und schwerwiegendere Konflikte mit einem der eigenen Kinder am negativsten auf die Behandlungsergebnisse dieser Patientengruppe aus. Weiterhin hingen Gewalterfahrungen als Opfer, Alkohol- und Medikamentenprobleme der Kinder, die Geburt eines Enkelkindes, seelische Erkrankungen eines der eigenen Kinder, Konflikte mit anderen Familienangehörigen und Auszug der Kinder mit schlechten Behandlungsergebnissen zusammen. Bei deutschen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen zeigte sich ein besonders negativer Einfluss familiärer Belastungen – insbesondere Partnerkonflikte- auf die Behandlungsergebnisse: Tod des Partners/ der Partnerin, Scheidung oder Trennung nach länger währender Partnerschaft bzw. Ehe, schwerwiegende Konflikte mit den eigenen Kindern oder mit dem Partner, Pensionierung/ Berentung des

Partners, berufliche oder private Probleme der Kinder und das Eingehen einer neuen Partnerschaft (siehe Anhang 37).

### 3.9.5 Prädiktion durch soziale Unterstützung

Soziale Unterstützung schien über alle Gruppen hinweg kein besonders ergiebiger Prädiktor für den Therapieerfolg zu sein (siehe Tabellen 56 & 57). Bei türkischen KHK-Patienten trug die soziale Unterstützung durch Freunde zu einer höheren körperbezogenen Lebensqualität bei, bei deutschen KHK-Patienten prädizierte familiäre Unterstützung schwächere Ausprägungen auf Risikofaktoren gemäß der Selbstbeschreibungen der Patienten und eine stärkere Zufriedenheit mit Freunden trug zu einer verbesserten sozialen Lebensqualität bei (Tabelle 56).

Tabelle 56: Signifikante Ergebnisse der Prädiktion der Behandlungsergebnisse durch soziale Unterstützung (MSPSS) bei Patienten mit **koronaren Herzerkrankungen** (B= unstandardisierter Regressionskoeffizient, Beta= standardisierter Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup>= Determinationskoeffizient, F= F-Wert, df= Freiheitsgrade, p= p-Wert, \*\*\* = p<.001, \*\*= p<.005, \*= p<.05).

Patienten türkischer Herkunft					
Prädiktor	B	Beta	Kriterium	R <sup>2</sup>	F; df; p
WHOQOL physisch t0	.507	.600***	WHOQOL physisch t1	.489	F=10,274; df= 4; 43; p< .001
Unterstützung: Freunde	.183	.390*			
Patienten deutscher Herkunft					
Prädiktor	B	Beta	Kriterium	R <sup>2</sup>	F; df; p
Risikofaktoren t0	.779	.739***	Risikofaktoren t1	.657	F=19,600; df= 4; 41; p<.001
Familiäre Unterstützung	-.240	-.311**			
Unterstützung: Freunde	.185	.495*	WHOQOL sozial t1	.276	F=3,912; df= 4; 41; p=.009

Bei deutschen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen spielte soziale Unterstützung überhaupt keine direkte Rolle für die Behandlungsergebnisse, während bei türkischen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen eine hohe Zufriedenheit mit familiärer Unterstützung zu einer besseren subjektiven Lebensqualität beitrug. Weiterhin prädizierte eine hohe Zufriedenheit mit der Unterstützung durch Freunde einen bessere Einschätzung des aktuellen Gesundheitszustandes nach der Behandlung (EQ-5D VAS) und bessere GAF-Werte.

Tabelle 57: Signifikante Ergebnisse der Prädiktion der Behandlungsergebnisse durch soziale Unterstützung (MSPSS) bei Patienten mit **psychiatrischen Diag-**

**nosen** (B= unstandardisierter Regressionskoeffizient, Beta= standardisierter Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup>= Determinationskoeffizient, F= F-Wert, df= Freiheitsgrade, p= p-Wert, \*\*\* = p<.001, \*\*= p<.005, \*= p<.05).

Patienten türkischer Herkunft					
Prädiktor	B	Beta	Kriterium	R <sup>2</sup>	F; df; p
EQ-5D t0	.578	.592***	EQ-5D t1	.438	F=20,228; df= 4; 104 p< .001
Familiäre Unterstützung	-.188	-.164*			
EQ-5D VAS t0	.455	.416***	EQ-5D VAS t1	.247	F=8,049; df=4; 98; p<.001
Unterstützung: Freunde	3.187	.265*			
GAF t0	.361	.357***	GAF t1	.209	F=6,758; df=4; 102 p<.001
Unterstützung: Freunde	.246	.349**			
Patienten deutscher Herkunft					
Prädiktor	B	Beta	Kriterium	R <sup>2</sup>	F; df; p
Keine signifikanten Ergebnisse					

### 3.9.6 Prädiktion durch Behandlungsmotivation

Die Änderungsmotivation bzw. der Wunsch, sein Verhalten im Sinne einer Gesundheitsförderung zu ändern, war als Prädiktor von Behandlungsergebnissen in allen Gruppen eher unwichtig. In den KHK-Gruppen zeigte sich beispielsweise für jede Gruppe lediglich eine signifikante Prädiktion der Änderungsmotivation (siehe Tabelle 58).

Tabelle 58: Signifikante Ergebnisse der Prädiktion der Behandlungsergebnisse durch Änderungsbereitschaft hinsichtlich präventiven Verhaltens (PAREMO) bei Patienten mit **koronaren Herzerkrankungen** (B= unstandardisierter Regressionskoeffizient, Beta= standardisierter Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup>= Determinationskoeffizient, F= F-Wert, df= Freiheitsgrade, p= p-Wert, \*\*\* = p<.001, \*= p<.05).

Patienten türkischer Herkunft					
Prädiktor	B	Beta	Kriterium	R <sup>2</sup>	F; df; p
Einschränkung des Patienten t0 (Arzt)	.778	.654***	Einschränkung des Patienten t1 (Arzt)	.423	F=17,222; df= 2; 47; p< .001
Änderungsmotivation t0	-.500	-.278*			
Patienten deutscher Herkunft					
Prädiktor	B	Beta	Kriterium	R <sup>2</sup>	F; df; p
Änderungsmotivation t0	.233	.284*	WHOQOL sozial t1	.148	F=3,910; df= 2; 45; p=.027

In den beiden Gruppen mit psychiatrischen Diagnosen war die durch den Arzt einzuschätzende Behandlungsmotivation zu Beginn der Behandlung ein guter Prädiktor für Behandlungsergebnisse, während die Skala „Änderungsbereitschaft



hinsichtlich präventiven Verhaltens/Änderungsmotivation“ lediglich einen Parameter in der türkischen Gruppe vorhersagte. Behandlungsmotivierte türkische Patienten mit psychiatrischen Diagnosen fühlten sich in körperlichen und psychischen Lebensbereichen am Ende der Behandlung bedeutsam besser als weniger behandlungsmotivierte Patienten. Dies zeigte sich auch in einer besseren Bewertung des aktuellen Gesundheitszustandes (EQ-5D VAS t1). Weiterhin wurden sie von ihren Behandlern im CGI wesentlich besser eingestuft als weniger behandlungsmotivierte Personen. Bei deutschen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen prädizierte eine durch den Arzt als hoch eingestufte Behandlungsmotivation eine hohe subjektive Lebensqualität in fast allen erfassten Bereichen und eine bessere Bewertung des aktuellen Gesundheitszustandes auf der VAS-Thermometer-Skala des EQ-5D (siehe Tabelle 59).

Tabelle 59: Signifikante Ergebnisse der Prädiktion der Behandlungsergebnisse durch Behandlungsmotivation (PAREMO & Arzteinschätzung) bei Patienten mit **psychiatrischen Diagnosen** (B= unstandardisierter Regressionskoeffizient, Beta= standardisierter Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup>= Determinationskoeffizient, F= F-Wert, df= Freiheitsgrade, p= p-Wert, \*\*\* = p<.001, \*\*= p<.005, \*= p<.05).

<b>Patienten türkischer Herkunft</b>					
<b>Prädiktor</b>	<b>B</b>	<b>Beta</b>	<b>Kriterium</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F; df; p</b>
WHOQOL physisch t0	.638	.651***	WHOQOL physisch t1	.477	F=33,415; df= 3; 110; p< .001
Behandlungsmotivation t0 (Arzt)	.099	.140*			
WHOQOL psychisch t0	.613	.681***	WHOQOL psychisch t1	.500	F=36,639; df=3; 110; p<.001
Änderungsmotivation t0	.166	.135*			
Behandlungsmotivation t0 (Arzt)	.119	.163*			
Behandlungsmotivation t0 (Arzt)	-.167	-.220*	CGI t1	.095	F=3,698; df=3; 106 ; p=.014
EQ-5D VAS t0	.497	.456***	EQ-5D VAS t1	.251	F=10,399; df= 3; 93; p<.001
Behandlungsmotivation t0 (Arzt)	4.448	.208*			
<b>Patienten deutscher Herkunft</b>					
<b>Prädiktor</b>	<b>B</b>	<b>Beta</b>	<b>Kriterium</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F; df; p</b>
WHOQOL physisch t0	.576	.604***	WHOQOL physisch t1	.453	F=27,652; df=3;100; p<.001
Behandlungsmotivation t0 (Arzt)	.145	.184*			
WHOQOL psychisch t0	.627	.660***	WHOQOL psy-	.496	F=32,830; df=3; 100;

Behandlungsmotivation t0 (Arzt)	.123	.154*	chisch t1		p<.001
WHOQOL sozial t0	.437	.491***	WHOQOL sozial t1	.375	F=19,997; df=3; 100; p=.001
Behandlungsmotivation t0 (Arzt)	.182	.207*			
WHOQOL global t0	.381	.358***	WHOQOL global t1	.270	F=12,190; df= 3; 99; p<.001
Behandlungsmotivation t0 (Arzt)	.276	.298**			
EQ-5D VAS t0	.396	.398***	EQ-5D VAS t1	.253	F=9,132 ; df=3 ; 81 ; p<.001
Behandlungsmotivation t0 (Arzt)	4.693	.228*			

### 3.9.7 Prädiktion durch Rentenwünsche

Starke Rentenwünsche führten bei den nicht berenteten türkischen KHK-Patienten zu schlechten Behandlungsergebnissen bezüglich der subjektiven Lebensqualität in sämtlichen Bereichen und bezüglich der körperlichen Einschränkung durch Angina Pectoris- Beschwerden. In der deutschen KHK-Gruppe prädizierten sie die Behandlungsergebnisse nicht (siehe Tabelle 60).

Tabelle 60: Signifikante Ergebnisse der Prädiktion der Behandlungsergebnisse durch Rentenwünsche (SPE-Skala) bei Patienten mit **koronaren Herzerkrankungen** (B= unstandardisierter Regressionskoeffizient, Beta= standardisierter Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup>= Determinationskoeffizient, F= F-Wert, df= Freiheitsgrade, p= p-Wert, \*\*\* = p<.001, \*\*= p<.005, \*= p<.05).

Patienten türkischer Herkunft					
Prädiktor	B	Beta	Kriterium	R <sup>2</sup>	F; df; p
WHOQOL physisch t0	.441	.498*	WHOQOL physisch t1	.448	F=6,502; df= 2; 16; p= .009
Rentenwunsch (SPE)	-.439	-.490*			
WHOQOL psychisch t0	.647	.797***	WHOQOL psychisch t1	.872	F=54,687; df=2; 16; p<.001
Rentenwunsch (SPE)	-.267	-.291*			
WHOQOL sozial t0	.677	.737***	WHOQOL sozial t1	.741	F=22,863; df=2; 16; p<.001
Rentenwunsch (SPE)	-.499	-.398*			
WHOQOL global t0	.623	.649**	WHOQOL global t1	.538	F=9,302; df=2; 16; p=.002
Rentenwunsch (SPE)	-.687	-.526*			
Rentenwunsch (SPE)	.937	.559*	Körperl. Einschränkung durch Angina t1	.325	F=3,849; df=2; 16; p=.043
EQ-5D t0	.382	.403*	EQ-5D t1	.585	F=10,560; df=2; 15; p=.001
Rentenwunsch (SPE)	1.422	.534*			
Patienten deutscher Herkunft					
Prädiktor	B	Beta	Kriterium	R <sup>2</sup>	F; df; p
Keine signifikanten Ergebnisse					

Bei türkischen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen führten starke Rentenwünsche zu weniger Lebensqualität in sozialen Bereichen, zu einer schlechteren aktuellen Bewertung des Gesundheitszustandes durch den Patienten (EQ-5D VAS) und zu einer schlechteren Bewertung der Krankheitsschwere im CGI durch den behandelnden Arzt. Bei deutschen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen sagten starke Rentenwünsche eine niedrige subjektive Lebensqualität in fast allen erfassten Bereichen vorher. Auch auf die Arzteinschätzungen wirkten sich starke Rentenwünsche aus, sodass deutsche Patienten unter dieser Bedingung schlechter im GAF abschnitten und im BSS als schwerer beeinträchtigt im körperlichen, psychischen und sozialkommunikativen Bereich beschrieben wurden. Wie bei türkischen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen führten starke Rentenwünsche in der deutschen psychiatrischen Diagnosegruppe zu einer schlechteren Bewertung des aktuellen Gesundheitszustandes auf der Thermometerskala des EQ-5D (siehe Tabelle 61).

Tabelle 61: Signifikante Ergebnisse der Prädiktion der Behandlungsergebnisse durch Rentenwünsche (SPE-Skala) bei Patienten mit **psychiatrischen Diagnosen** (B= unstandardisierter Regressionskoeffizient, Beta= standardisierter Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup>= Determinationskoeffizient, F= F-Wert, df= Freiheitsgrade, p= p-Wert, \*\*\* = p<.001, \*\*= p<.005, \*= p<.05).

<b>Patienten türkischer Herkunft</b>					
<b>Prädiktor</b>	<b>B</b>	<b>Beta</b>	<b>Kriterium</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F; df; p</b>
WHOQOL sozial t0	.336	.345***	WHOQOL sozial t1	.182	F=12,013; df= 2; 108 p<.001
Rentenwunsch (SPE)	-.216	-.221*			
Rentenwunsch (SPE)	.209	.234*	CGI t1	.105	F=6,067; df=2; 103; p=.003
EQ-5D VAS t0	.389	.362***	EQ-5D VAS t1	.203	F=11,592; df=2; 91 p<.001
Rentenwunsch (SPE)	-4.449	-.192**			
<b>Patienten deutscher Herkunft</b>					
<b>Prädiktor</b>	<b>B</b>	<b>Beta</b>	<b>Kriterium</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F; df; p</b>
WHOQOL physisch t0	.506	.522***	WHOQOL physisch t1	.471	F=41,877; df=2; 94; p<.001
Rentenwunsch (SPE)	-.176	-.279**			
WHOQOL psychisch t0	.605	.600***	WHOQOL psychisch t1	.468	F=41,425; df=2; 94; p<.001
Rentenwunsch (SPE)	-.154	-.230**			
WHOQOL Umwelt t0	.599	.599***	WHOQOL Umwelt t1	.426	F=34,930; df=2; 94; p<.001
Rentenwunsch (SPE)	-.075	-.173*			
WHOQOL global t0	.374	.347***	WHOQOL global t1	.280	F=18,301; df=2; 94; p<.001
Rentenwunsch (SPE)	-.252	-.322**			
BSS t0	.584	.584***	BSS t1	.447	F=35,229; df=2; 87; p<.001
Rentenwunsch (SPE)	.350	.215*			
GAF t0	.360	.443***	GAF t1	.303	F=18,895; df=2; 87; p<.001
Rentenwunsch (SPE)	-.278	-.284**			
EQ-5D t0	.574	.599***	EQ-5D t1	.552	F=53,656; df=2; 87; p<.001
Rentenwunsch (SPE)	.349	.240**			
EQ-5D VAS t0	.478	.445***	EQ-5D VAS t1	.410	F=27,415; df=2; 79; p<.001
Rentenwunsch (SPE)	-6.165	-.368***			

### 3.9.8 Prädiktion durch Migrations(Belastungen)

Türkische KHK-Patienten, die stark unter Migrationsbelastungen litten, hatten am Ende ihrer Behandlung eine niedrigere Lebensqualität im umweltbezogenen und sozialen Bereich. Sie fühlten sich körperlich stärker durch Angina pectoris – Beschwerden beeinträchtigt und schilderten stärkere Ausprägungen auf KHK-typischen Risikofaktoren. Ihren aktuellen Gesundheitszustand bewerteten sie dementsprechend wesentlich schlechter als Personen, die sich weniger oder

kaum durch Migrationsfaktoren belastet fühlten. Deutsche KHK-Patienten mit einer hohen Anzahl äquivalenter Belastungen waren Arzteinschätzungen zufolge nach Therapieende stärker durch Schmerzen, Risikofaktoren, soziale Probleme, Behinderungen im Alltag und psychischen Beschwerden eingeschränkt (siehe Tabelle 62).

Tabelle 62: Signifikante Ergebnisse der Prädiktion der Behandlungsergebnisse durch Migrationsbelastungen bzw. äquivalente Belastungen (Fragebogen zu (Migrations)Belastungen) bei Patienten mit **koronaren Herzerkrankungen** (B= unstandardisierter Regressionskoeffizient, Beta= standardisierter Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup>= Determinationskoeffizient, F= F-Wert, df= Freiheitsgrade, p= p-Wert, \*\*\* = p<.001, \*= p<.05).

<b>Patienten türkischer Herkunft</b>					
<b>Prädiktor</b>	<b>B</b>	<b>Beta</b>	<b>Kriterium</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F; df; p</b>
WHOQOL sozial t0	.623	.695***	WHOQOL sozial t1	.538	F=17,889; df= 3; 46; p< .001
Leiden unter Migrationsbelastungen	-.207	-.222*			
WHOQOL Umwelt t0	.754	.618***	WHOQOL Umwelt t1	.452	F=12,649; df= 3; 46; p< .001
Leiden unter Migrationsbelastungen	-.180	-.258*			
Körperl. Einschränkung durch Angina t0	.425	.376*	Körperl. Einschränkung durch Angina t1	.244	F=4,947; df=3; 46; p=.005
Leiden unter Migrationsbelastungen	.419	.299*			
Risikofaktoren t0	.732	.696***	Risikofaktoren t1	.577	F=20,945; df=3; 46; p<.001
Leiden unter Migrationsbelastungen	.202	.228*			
EQ-5D t0	.637	.682***	EQ-5D t1	.566	F=18,674; df=3; 43; p<.001
Leiden unter Migrationsbelastungen	.581	.256*			
EQ5 VAS t0	.761	.831***	EQ-5D VAS t1	.608	F=20,200; df=3;39; p<.001
Leiden unter Migrationsbelastungen	-8.301	-.333*			
<b>Patienten deutscher Herkunft</b>					
<b>Prädiktor</b>	<b>B</b>	<b>Beta</b>	<b>Kriterium</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F; df; p</b>
Einschränkung des Patienten t0 (Arzt)	.336	.337*	Einschränkungen des Patienten t1 (Arzt)	.437	F=6,217; df=3; 24; p=.003
Zahl der Belastungen	4.474	.460*			

In der türkischen KHK-Gruppe standen insbesondere Verständigungsprobleme, Gefühle der Fremdheit gegenüber nichtfamiliären wichtigen Bezugspersonen, das Ausgestoßensein von der Ursprungsfamilie, gefolgt von Unklarheiten bezüg-

lich der Erwartungen anderer, unerfüllten Erwartungen in Deutschland, Rückkehrwünschen und Einsamkeit/ soziale Isolation signifikant mit schlechten Behandlungsergebnissen im Zusammenhang, während bei deutschen KHK- Patienten die soziale Isolation und die Ablehnung des Partners durch die Ursprungsfamilie signifikant mit schlechten Ergebnissen der Behandlung einhergingen (siehe Anhang 38).

Für türkische wie deutsche Patienten mit psychiatrischen Diagnosen wirkten sich migrationsassoziierte Belastungen bzw. äquivalente Belastungen negativ auf die Behandlungsergebnisse aus. Ein starkes Leiden unter Migrationsbelastungen prädiszierte bei türkischen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen eine hohe Symptombelastung (GSI), eine hohe Anzahl von Symptomen (PST), eine starke Beeinträchtigung im BSS und eine insgesamt schlechtere Bewertung des allgemeinen Gesundheitszustandes. Eine hohe Anzahl von Migrationsbelastungen sagte eine geringe Lebensqualität im psychischen und umweltbezogenen Bereich vorher. Bei deutschen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen führte eine hohe Anzahl äquivalenter Belastungen und ein diesbezügliches starkes Leiden zu einer niedrigen subjektiven Lebensqualität in allen Bereichen und zu einer hohen Symptombelastung am Ende der Behandlung (siehe Tabelle 63).

Tabelle 63: Signifikante Ergebnisse der Prädiktion der Behandlungsergebnisse durch Migrationsbelastungen bzw. äquivalente Belastungen (Fragebogen zu (Migrations)Belastungen) bei Patienten mit **psychiatrischen Diagnosen** (B= un-

standardisierter Regressionskoeffizient, Beta= standardisierter Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup>= Determinationskoeffizient, F= F-Wert, df= Freiheitsgrade, p= p-Wert, \*\*\* = p<.001, \*\*= p<.005, \*= p<.05).

<b>Patienten türkischer Herkunft</b>					
<b>Prädiktor</b>	<b>B</b>	<b>Beta</b>	<b>Kriterium</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F; df; p</b>
GSI t0	.471	.480***	GSI t1	.491	F=37,578; df= 3; 117 ; p< .001
Leiden unter Migrationsbelastungen	.239	.268**			
PST t0	.618	.605***	PST t1	.530	F=43,905; df=3; 117; p<.001
Leiden unter Migrationsbelastungen	2.181	.153*			
WHOQOL psychisch t0	.492	.540***	WHOQOL psychisch t1	.504	F=36,654; df=3; 117; p<.001
Zahl der Migrationsbelastungen	-.027	-.157*			
WHOQOL Umwelt t0	.396	.404***	WHOQOL Umwelt t1	.348	F=20,860; df=3; 117; p<.001
Zahl der Migrationsbelastungen	-.037	-.264**			
BSS t0	.387	.415***	BSS t1	.300	F=15,993; df=3; 112; p<.001
Leiden unter Migrationsbelastungen	.661	.222*			
EQ-5D VAS t0	.344	.314**	EQ-5D VAS t1	.281	F=12,928; df=3; 99; p<.001
Leiden unter Migrationsbelastungen	-9.617	-.306**			
<b>Patienten deutscher Herkunft</b>					
<b>Prädiktor</b>	<b>B</b>	<b>Beta</b>	<b>Kriterium</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F; df; p</b>
GSI t0	.548	.561***	GSI t1	.553	F=37,080; df= 3; 90; p<.001
Leiden unter Belastungen	.095	.160*			
Zahl der Belastungen	.660	.197*			
PST t0	.553	.537***	PST t1	.557	F=37,790; df=3; 90; p<.001
Zahl der Belastungen	20.788	.309***			
WHOQOL physisch t0	.528	.546***	WHOQOL physisch t1	.467	F=26,308; df=3; 90; p<.001
Zahl der Belastungen	-.968	-.245*			
WHOQOL psychisch t0	.447	.463***	WHOQOL psychisch t1	.525	F=33,185; df=3; 90; p<.001
Leiden unter Belastungen	-.118	-.169*			
Zahl der Belastungen	-1.268	-.322***			
WHOQOL sozial t0	.446	.515***	WHOQOL sozial t1	.359	F=16,775; df=3; 90; p<.001
Zahl der Belastungen	-.845	-.192			
WHOQOL Umwelt t0	.550	.547***	WHOQOL Umwelt t1	.508	F=30,921; df=3; 90; p<.001
Leiden unter Belastungen	-.084	-.166*			
WHOQOL global t0	.329	.318**	WHOQOL global t1	.246	F=9,674; df=3; 89; p<.001
Zahl der Belastungen	-1.311	-.279*			

In der türkischen Gruppe mit psychiatrischen Diagnosen korrelierte das Leiden unter familiärer Gewalt mit fast allen Behandlungsergebnis-Parametern bei Entlassung t1 und stellte damit den relevantesten Belastungsfaktor dar. Weitere bedeutsame Belastungen umfassten Ausgestoßensein von der Ursprungsfamilie, Gefühle der Isolation und Einsamkeit, Gefühle der Fremdheit, Unklarheiten bezüglich der Erwartungen anderer, Eheprobleme wegen anderer sozialer Position der Frau in Deutschland und Probleme beim Geschlechtsverkehr, gefolgt von unerfüllten Hoffnungen/ Erwartungen und einem häufigen Wechsel wichtiger Bezugspersonen in der Kindheit. In der deutschen Gruppe mit psychiatrischen Diagnosen korrelierten familiäre Gewalt, Gefühle der Einsamkeit und Isolation, Gefühle der Fremdheit sowie Unklarheiten bezüglich der Erwartungen anderer Menschen besonders stark mit Behandlungsergebnis-Parametern bei Entlassung t1. Weiterhin ging ein starkes Leiden unter feindlichem Verhalten von anderen und unter Gefühlen des Unterdruckgesetztwerdens mit schlechten Behandlungsergebnissen einher (siehe Anhang 38).

### **3.9.9 Prädiktion durch Akkulturation**

Bei türkischen Patienten mit koronaren Herzerkrankungen wurden lediglich die Risikofaktoren bei Entlassung durch Akkulturation vorhergesagt ( $B=.319$ ;  $\text{Beta}=.255$  ( $p=.025$ );  $R^2=.753$ ;  $F=30,188$ ;  $df=2,46$ ;  $p=.000$ ). Patienten mit höherer Ausprägung auf der Akkulturation berichteten am Ende ihrer Behandlung stärker Risikofaktoren als Patienten mit niedrigerer Akkulturation. In der türkischen Gruppe mit psychiatrischen Diagnosen beeinflusste die Akkulturation die Arzteinschätzungen: Personen mit hoher Akkulturation wurden nach der Therapie von Ärzten als weniger beeinträchtigt im BSS ( $B=-.785$ ;  $\text{Beta}=-.279$  ( $p=.001$ );  $R^2=.285$ ;  $F=22,571$ ;  $df=2, 113$ ;  $p=.000$ ) und als weniger krank im CGI bewertet ( $B=-.227$ ;  $\text{Beta}=-.208$  ( $p=.023$ );  $R^2=.090$ ;  $F=5,528$ ;  $df= 2, 112$ ;  $p=.005$ ).

### **3.9.10 Zusammenfassung der Ergebnisse zur Fragestellung 3**

Tabelle 64-67 zeigen, welche Hypothesen der Fragestellung 3 in den 4 Gruppen (türkisch\_KHK; deutsch\_KHK; türkisch\_psychiatrisch; deutsch\_psychiatrisch) auf einem Signifikanzniveau von  $p<.05$  (partiell) bestätigt werden konnten.



Tabelle 64: Ergebnisse zu den Hypothesen der **Fragestellung 3** bei **türkischen Patienten mit koronaren Herzerkrankungen** („fettgedruckt“= Bestätigung der Hypothese bei  $p < .05$ ,  $\uparrow$ = hohe Ausprägung, gutes Behandlungsergebnis;  $\downarrow$ = niedrige Ausprägung, schlechtes Behandlungsergebnis).

Verfahren	Prädiktor (Skala/ Index)	Behandlungsergebnis (t1)	
IPQ-R-GI	Persönlicher Einfluss $\uparrow$	$\uparrow$	
	<b>Behandlungswirksamkeit <math>\uparrow</math></b>	<b>GSI <math>\downarrow</math></b>	
		<b>PST <math>\downarrow</math></b>	
		<b>WHOQOL (Umw) <math>\uparrow</math></b>	
	<b>Negative Konsequenzen <math>\uparrow</math></b>	<b>GSI <math>\uparrow</math></b>	
	Chronischer Krankheitsverlauf $\uparrow$	$\downarrow$	
	Emotionale Reaktionen $\uparrow$	$\downarrow$	
<b>Kohärenz <math>\uparrow</math></b>	<b>WHOQOL(psy) <math>\uparrow</math></b>		
Zyklischer Verlauf	$\downarrow$		
SVF-78	<b>maladaptive Stressverarbeitung <math>\uparrow</math></b>	<b>WHOQOL (soz) <math>\downarrow</math></b> Risikofaktoren $\downarrow$	
	adaptive Stressverarbeitung $\uparrow$	$\uparrow$	
NEO-FFI	<b>Neurotizismus <math>\uparrow</math></b>	<b>GSI <math>\uparrow</math></b> <b>PST <math>\uparrow</math></b>	
	<b>Extraversion <math>\uparrow</math></b>	<b>PST <math>\downarrow</math></b> <b>WHOQOL (soz) <math>\uparrow</math></b> <b>WHOQOL (Umw) <math>\uparrow</math></b>	
		Verträglichkeit $\uparrow$	$\uparrow$
		Offenheit für Erfahrung	PST $\uparrow$
	Gewissenhaftigkeit	WHOQOL (Glo) $\downarrow$	
		WHOQOL (Umw) $\uparrow$ WHOQOL (glo) $\uparrow$	
	Ereignisliste	<b>Kritische Lebensereignisse (Gesamt) <math>\uparrow</math></b>	<b>PST <math>\uparrow</math></b>
<b>WHOQOL (glo) <math>\downarrow</math></b>			
<b>EQ-5D <math>\uparrow</math></b>			
<b>Angina unter Belastung <math>\uparrow</math></b>			
<b>Körperl. Einschränkung durch Angina <math>\uparrow</math></b>			
<b>Risikofaktoren <math>\uparrow</math></b>			
<b>Kritische Lebensereignisse (letzte 4 Jahre) <math>\uparrow</math></b>		<b>GSI <math>\uparrow</math></b>	
		<b>PST <math>\uparrow</math></b>	
		<b>WHOQOL (phy) <math>\downarrow</math></b>	
		<b>WHOQOL (soz) <math>\downarrow</math></b>	
		<b>WHOQOL (Umw) <math>\downarrow</math></b> <b>WHOQOL (glo) <math>\downarrow</math></b> <b>EQ-5D VAS <math>\downarrow</math></b>	
MSPSS	Familiäre Unterstützung $\uparrow$	$\uparrow$	
	<b>Unterstützung durch Freunde <math>\uparrow</math></b>	<b>WHOQOL (phy) <math>\uparrow</math></b>	
	Unterstützung durch bedeutsame andere $\uparrow$	$\uparrow$	
PAREMO	<b>Änderungsbereitschaft hinsichtlich präventiven Verhaltens <math>\uparrow</math></b>	<b>Einschränkung des Patienten (Arzt) <math>\downarrow</math></b>	
SPE-Skala		<b>WHOQOL (phy) <math>\downarrow</math></b>	

	<b>Rentenwunsch</b> ↑	<b>WHOQOL (psy)</b> ↓
		<b>WHOQOL (soz)</b> ↓
		<b>WHOQOL (glo)</b> ↓
		<b>Körperl. Einschränkung durch Angina</b> ↑
		<b>EQ-5D</b> ↑
<b>Migrationsbelastungen</b>	Anzahl der Migrationsbelastungen ↑	↓
	<b>Leiden unter Migrationsbelastungen</b> ↑	<b>WHOQOL (soz)</b> ↓
		<b>WHOQOL (Umw)</b> ↓
		<b>Körperl. Einschränkung durch Angina</b> ↑
		<b>Risikofaktoren</b> ↑
		<b>EQ-5D</b> ↑
		<b>EQ-5D VAS</b> ↓
<b>FRAKK</b>	<b>Akkulturationsgrad</b> ↑	<b>Risikofaktoren</b> ↑

Tabelle 65: Ergebnisse zu den Hypothesen der **Fragestellung 3** bei **deutschen Patienten mit koronaren Herzerkrankungen** („fettgedruckt“= Bestätigung der Hypothese bei  $p < .05$ ,  $\uparrow$ = hohe Ausprägung, gutes Behandlungsergebnis;  $\downarrow$ = niedrige Ausprägung, schlechtes Behandlungsergebnis)

Verfahren	Prädiktor (Skala/ Index)	Behandlungsergebnis (t1)
<b>IPQ-R-GI</b>	Persönlicher Einfluss $\uparrow$	EQ-5D VAS $\downarrow$
	Behandlungswirksamkeit $\uparrow$	$\uparrow$
	Negative Konsequenzen $\uparrow$	$\downarrow$
	<b>Chronischer Krankheitsverlauf <math>\uparrow</math></b>	<b>WHOQOL (glo) <math>\downarrow</math></b>
	Emotionale Reaktionen $\uparrow$	$\downarrow$
	Kohärenz $\uparrow$	$\uparrow$
	Zyklischer Verlauf	$\downarrow$
<b>SVF-78</b>	<b>maladaptive Stressverarbeitung <math>\uparrow</math></b>	<b>WHOQOL (psy) <math>\downarrow</math></b> <b>Einschränk. (Arzt) <math>\uparrow</math></b>
	adaptive Stressverarbeitung $\uparrow$	$\uparrow$
<b>NEO-FFI</b>	<b>Neurotizismus <math>\uparrow</math></b>	<b>GSI <math>\uparrow</math></b> <b>PST <math>\uparrow</math></b>
	Extraversion $\uparrow$	$\uparrow$
	Verträglichkeit $\uparrow$	Einschränkung des Patienten (Arzteinschätzung) $\uparrow$
	Offenheit für Erfahrung	?
	Gewissenhaftigkeit	WHOQOL (phy) $\uparrow$
		WHOQOL (psy) $\uparrow$
		WHOQOL (Umw) $\uparrow$ Körperl. Einschränkung durch Angina $\downarrow$
<b>Ereignisliste</b>	Kritische Lebensereignisse (Gesamt) $\uparrow$	$\downarrow$
	Kritische Lebensereignisse (letzte 4 Jahre) $\uparrow$	$\downarrow$
<b>MSPSS</b>	<b>Familiäre Unterstützung <math>\uparrow</math></b>	<b>Risikofaktoren <math>\downarrow</math></b>
	<b>Unterstützung durch Freunde <math>\uparrow</math></b>	<b>WHOQOL (soz) <math>\uparrow</math></b>
	Unterstützung durch bedeutsame andere $\uparrow$	$\uparrow$
<b>PAREMO &amp; Behandlungsmotivation (Arzteinschätzung)</b>	<b>Änderungsbereitschaft hinsichtlich präventiven Verhaltens <math>\uparrow</math></b>	<b>WHOQOL (soz) <math>\uparrow</math></b>
	Behandlungsmotivation $\uparrow$	$\uparrow$
<b>SPE-Skala</b>	Rentenwunsch $\uparrow$	$\downarrow$
<b>Belastungen</b>	<b>Anzahl der Belastungen <math>\uparrow</math></b>	<b>Einschränkung des Patienten (Arzt) <math>\uparrow</math></b>
	Leiden unter Belastungen $\uparrow$	$\downarrow$

Tabelle 66: Ergebnisse zu den Hypothesen der **Fragestellung 3** bei **türkischen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen** (↑= hohe Ausprägung, gutes Behandlungsergebnis; ↓= niedrige Ausprägung, schlechtes Behandlungsergebnis), „fettgedruckt“= Bestätigung der Hypothese bei  $p < .05$ )

Verfahren	Prädiktor (Skala/ Index)	Behandlungsergebnis (t1)
IPQ-R-GI	<b>Persönlicher Einfluss</b> ↑	<b>PST</b> ↓
	<b>Behandlungswirksamkeit</b> ↑	<b>BSS</b> ↓
		<b>WHOQOL (glo)</b> ↑
	Negative Konsequenzen ↑	↑
	<b>Chronischer Krankheitsverlauf</b> ↑	<b>GSI</b> ↑
		<b>PST</b> ↑
	Emotionale Reaktionen ↑	↓
	Kohärenz ↑	↑
Zyklischer Verlauf ↑	EQ-5D ↓	
SVF-78	maladaptative Stressverarbeitung ↑	↓
	<b>adaptive Stressverarbeitung</b> ↑	<b>GSI</b> ↓
NEO-FFI	Neurotizismus ↑	↓
	<b>Extraversion</b> ↑	<b>WHOQOL (phy)</b> ↑
		<b>WHOQOL (psy)</b> ↑
		<b>WHOQOL (glo)</b> ↑
		<b>EQ-5D VAS</b> ↑
	<b>Verträglichkeit</b> ↑	<b>WHOQOL (soz)</b> ↑
		EQ-5D ↑
	Offenheit für Erfahrung	EQ-5D VAS ↑
	Gewissenhaftigkeit	GSI ↓
		PST ↓
		WHOQOL (psy) ↑
WHOQOL (soz) ↑		
WHOQOL (Umw) ↑		
Ereignisliste	<b>Kritische Lebensereignisse (Gesamt)</b> ↑	<b>PST</b> ↑
	Kritische Lebensereignisse (letzte 4 Jahre)	↓
MSPSS	<b>Familiäre Unterstützung</b> ↑	<b>EQ-5D</b> ↓
	<b>Unterstützung durch Freunde</b> ↑	<b>EQ-5D Vas</b> ↑
	Unterstützung durch bedeutsame andere	<b>GAF</b> ↑
		↑
PAREMO & Behandlungsmotivation (Arzteinschätzung)	<b>Änderungsbereitschaft hinsichtlich präventiven Verhaltens</b> ↑	<b>WHOQOL (psy)</b> ↑
	<b>Behandlungsmotivation</b> ↑	<b>WHOQOL (phy)</b> ↑
		<b>WHOQOL (psy)</b> ↑
		<b>CGI</b> ↓
		<b>EQ-5D VAS</b> ↑
SPE-Skala	<b>Rentenwunsch</b> ↑	<b>WHOQOI (soz)</b> ↓
		<b>CGI</b> ↑
		<b>EQ-5D VAS</b> ↓
Migrationsbelastungen	<b>Anzahl der Migrationsbelastungen</b> ↑	<b>WHOQOL (psy)</b> ↓

		<b>WHOQOL (Umw)</b> ↓
	<b>Leiden unter Migrationsbelastungen</b> ↑	<b>GSI</b> ↑
		<b>PST</b> ↑
		<b>BSS</b> ↑
		<b>EQ-5D VAS</b> ↓
<b>FRAKK</b>	<b>Akkulturationsgrad</b> ↑	<b>CGI</b> ↓ <b>BSS</b> ↓

Tabelle 67: Ergebnisse zu den Hypothesen der **Fragestellung 3** bei **deutschen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen** (↑= hohe Ausprägung, gutes Behandlungsergebnis; ↓= niedrige Ausprägung, schlechtes Behandlungsergebnis), „fettgedruckt“= Bestätigung der Hypothese bei  $p < .05$ ).

Verfahren	Prädiktor (Skala/ Index)	Behandlungsergebnis (t1)
<b>IPQ-R-GI</b>	Persönlicher Einfluss ↑	<b>WHOQOL (Umw)</b> ↓
	<b>Behandlungswirksamkeit</b> ↑	<b>GSI</b> ↓
		<b>WHOQOL (phy)</b> ↑
		<b>WHOQOL (psy)</b> ↑
		<b>WHOQOL (Umw)</b> ↑
		<b>WHOQOL (glo)</b> ↑
	<b>EQ-5D VAS</b> ↑	
	<b>Negative Konsequenzen</b> ↑	<b>WHOQOL (phy)</b> ↓
		<b>WHOQOL (glo)</b> ↓
	Chronischer Krankheitsverlauf ↑	↓
Emotionale Reaktionen ↑	↓	
Kohärenz ↑	↑	
Zyklischer Verlauf	↓	
<b>SVF-78</b>	<b>maladaptives Stressverarbeitung</b> ↑	<b>WHOQOL (phy)</b> ↓
		<b>WHOQOL (glo)</b> ↓
	adaptives Stressverarbeitung ↑	↑
<b>NEO-FFI</b>	<b>Neurotizismus</b> ↑	<b>GSI</b> ↑
		<b>PST</b> ↑
		<b>WHOQOL (phy)</b> ↓
		<b>WHOQOL (psy)</b> ↓
	<b>Extraversion</b> ↑	<b>WHOQOL (glo)</b> ↓
		<b>GSI</b> ↓
		<b>WHOQOL (phy)</b> ↑
		<b>WHOQOL (psy)</b> ↑
		<b>WHOQOL (glo)</b> ↑
		<b>EQ-5D VAS</b> ↑
Verträglichkeit ↑		↑
Offenheit für Erfahrung	?	
Gewissenhaftigkeit	<b>GSI</b> ↑	
<b>Ereignisliste</b>	<b>Kritische Lebensereignisse (Gesamt)</b> ↑	<b>PST</b> ↑
		<b>WHOQOL (soz)</b> ↓
		<b>WHOQOL (glo)</b> ↓
		<b>EQ-5D</b> ↑
	<b>BSS</b> ↑	
<b>Kritische Lebensereignisse (letzte 4)</b>	<b>PST</b> ↑	




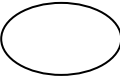
	<b>Jahre) ↑</b>	<b>WHOQOL (Umw) ↓</b>
<b>MSPSS</b>	Familiäre Unterstützung ↑	↑
	Unterstützung durch Freunde ↑	↑
	Unterstützung durch bedeutsame andere ↑	↑
<b>PAREMO &amp; Behandlungsmotivation (Arzteinschätzung)</b>	Änderungsmotivation ↑	↑
	Behandlungsmotivation ↑	WHOQOL (phy) ↑
		WHOQOL (psy) ↑
		WHOQOL (soz) ↑
		WHOQOL (glo) ↑
EQ-5D VAS ↑		
<b>SPE-Skala</b>	Rentenwunsch ↑ Rentenwunsch ↑	WHOQOL (phy) ↓
		WHOQOL (psy) ↓
		WHOQOL (Umw) ↓
		WHOQOL (glo) ↓
		BSS ↑
		GAF ↓
		EQ-5D ↑
		EQ-5D VAS ↓
<b>Belastungen</b>	Anzahl der Belastungen ↑	GSI ↑
		PST ↑
		WHOQOL (phy) ↓
		WHOQOL (psy) ↓
		WHOQOL (soz) ↓
	WHOQOL (glo) ↓	
	Leiden unter Belastungen ↑	GSI ↑
		WHOQOL (psy) ↓
WHOQOL (Umw) ↓		

### **3.10 Ergebnisse zur Fragestellung 4: Lassen sich die unter Punkt 1.3.4.1 bis 1.3.4.4 spezifizierten Modelle auf türkische und deutsche Patienten anwenden?**

Die folgenden Pfadmodelle wurden ausschließlich an den beiden Gruppen mit psychiatrischen Diagnosen überprüft.

In Tabelle 68 sind Erläuterungen zu den verwendeten graphischen Symbolen und Parametern der Pfadmodelle zu finden.

Tabelle 68: Bedeutung der verwendeten graphischen Symbole und Parameter im Rahmen der Pfadmodelle

<b>Symbol/ Parameter</b>	<b>Bedeutung</b>
	Pfad für Korrelationskoeffizienten
	Pfad für Regressionskoeffizienten
	Manifeste, beobachtete Variable
	Latente, nicht beobachtete Variable
e	Error/ Fehler
Werte über den Kästchen der beobachteten, abhängigen Variablen	Multiple quadrierte Korrelation

#### **3.10.1 Stressverarbeitungs-Mediator-Modell**

Im Rahmen des Stressverarbeitungs-Mediator-Modells wurde überprüft, ob die Stressverarbeitung die Beziehung zwischen subjektiven Krankheitskonzepten/ Persönlichkeit und Behandlungsergebnissen mediiert. Dazu wurden je 54 Modellberechnungen für die deutsche und türkische Stichprobe durchgeführt. Kombiniert wurden dabei chronischer Verlauf, zyklischer Verlauf, negative Konsequenzen und emotionale Reaktionen (IPQ-R-GI) mit maladaptiver Stressverarbeitung (SVF-78) und 9 Behandlungsparametern (GSI, 5 WHOQOL-BREF-Skalen, CGI, GAF und BSS). Weiterhin wurden persönlicher Einfluss und Behandlungs-

wirksamkeit (IPQ-R-GI) mit adaptiver Stressverarbeitung (SVF-78) und den gleichen 9 Behandlungsindikatoren kombiniert.

Abbildung 52 zeigt die Ergebnisse zur Kombination „chronischer Verlauf“ und „GSI“ bei türkischen Patienten. Es konnte ein direkter Effekt des Glaubens an einen chronischen Krankheitsverlauf auf die subjektive Symptombelastung zu beiden Messzeitpunkten nachgewiesen werden. Indirekte Effekte ergaben sich über die Prädiktion einer verstärkten Symptombelastung zu t0, die wiederum zu einer hohen Symptombelastung zu t1 beitrug. Hypothesenkonform erhöhte ein starker Glaube an einen chronischen Verlauf maladaptive Stressverarbeitung, welche wiederum einen signifikant erhöhenden Effekt auf die subjektive Symptombelastung t0 entfaltete. Hohe Werte auf Neurotizismus sagten zum einen direkt eine hohe Symptombelastung zu t1 vorher, zum anderen begünstigten sie indirekt über die Förderung maladaptiver Stressverarbeitung die Symptombelastung bei Aufnahme der Behandlung t0. Extraversion hatte zwar keinen direkten Effekt auf gsi\_t1, wirkte sich jedoch über die Reduktion von gsi\_t0 indirekt reduzierend auf gsi\_t1 aus (siehe Abbildung 52).



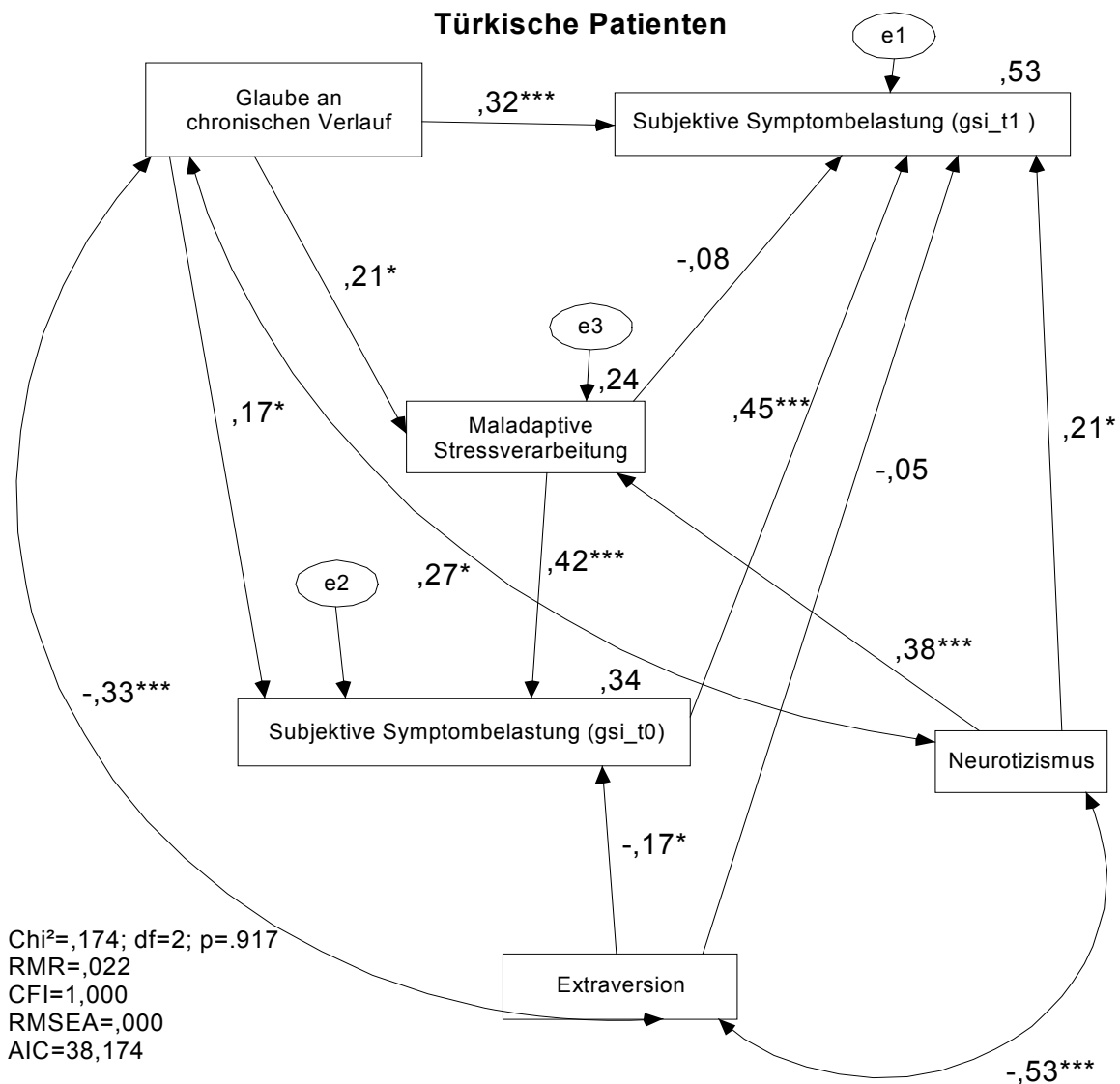


Abbildung 52: Stressverarbeitungs-Mediator-Modell mit Prädiktor „Glaube an chronischen Krankheitsverlauf (IPQR-GI)“ und Behandlungsergebnis-Indikator „Subjektive Symptombelastung GSI (BSI)“ bei türkischen Patienten mit standardisierten Werten und Fit-Indizes mit \*\*\* =  $p < .001$ , \*\* =  $p < .005$ , \* =  $p < .05$ .

Bei deutschen Patienten hatte der Glaube an einen chronischen Krankheitsverlauf weder direkte noch indirekte Effekte auf die subjektive Symptombelastung. Neurotizismus hingegen spielte in dieser Patientengruppe eine sehr bedeutsame Rolle als direkter Prädiktor der Symptombelastung bei t1 und t0. Wie bei türkischen Patienten entfaltete Neurotizismus hypothesenkonform einen indirekten förderlichen Effekt auf die subjektive Symptombelastung bei Aufnahme über die Prädiktion hoher Ausprägungen auf maladaptiver Stressverarbeitung. Extraversion prädizierte die subjektive Symptombelastung in der deutschen Stichprobe nicht (siehe Abbildung 53).

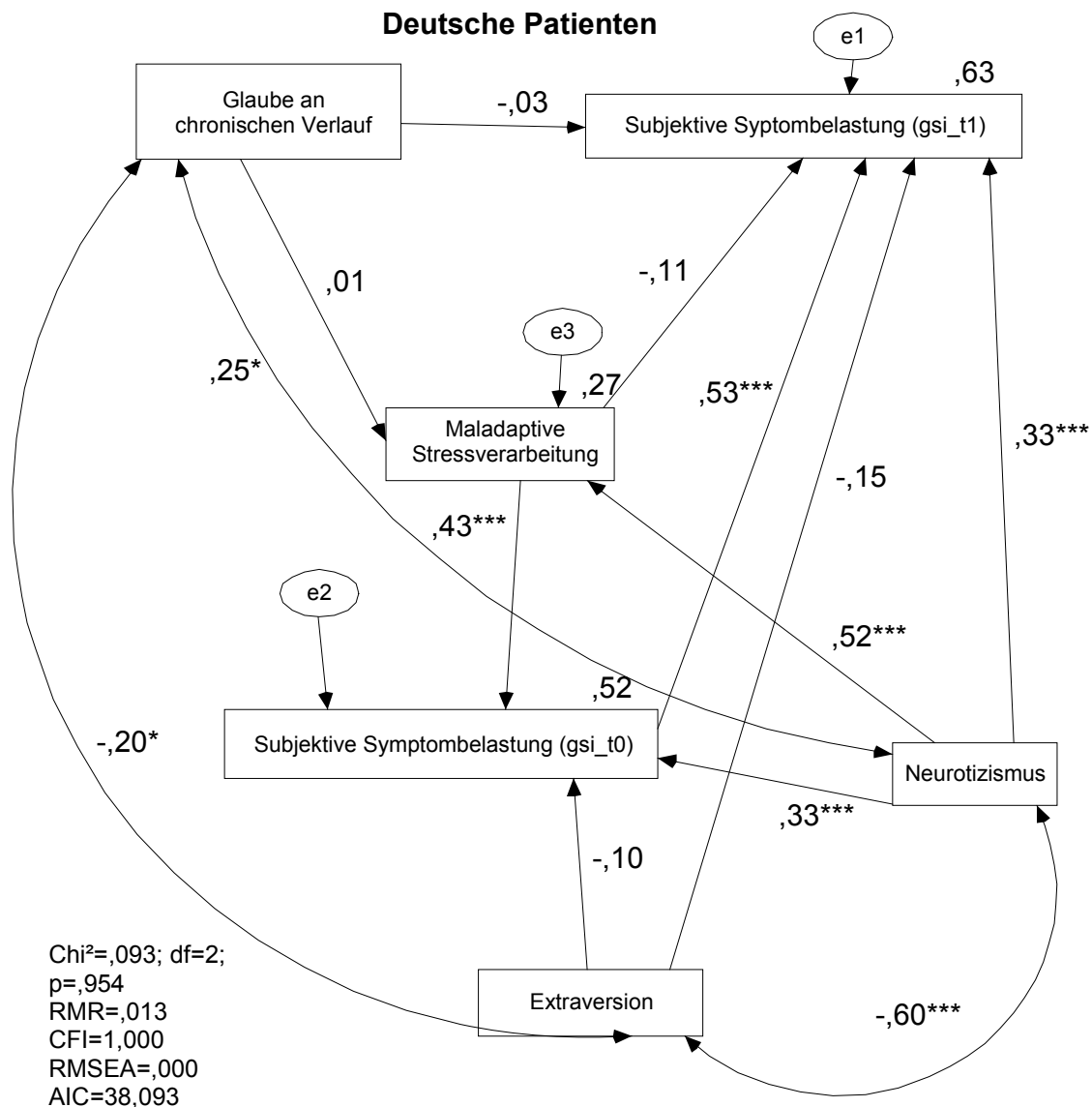


Abbildung 53: Stressverarbeitungs-Mediator-Modell mit Prädiktor „Glaube an chronischen Krankheitsverlauf (IPQR-GI)“ und Behandlungsergebnis-Indikator „Subjektive Syptombelastung GSI (BSI)“ bei deutschen Patienten mit standardisierten Werten und Fit-Indizes mit \*\*\* =  $p < .001$ , \*\* =  $p < .005$ , \* =  $p < .05$ .

Stark an einen chronischen Krankheitsverlauf glaubende türkische Patienten mit psychiatrischen Diagnosen hatten bei Aufnahme und Entlassung eine niedrigere subjektive Lebensqualität im körperlichen Bereich. Während Neurotizismus in dieser Stichprobe keine Effekte auf die körperliche Lebensqualität hatte, sagten hohe Ausprägungen auf Extraversion signifikant eine höhere körperbezogene Lebensqualität bei Entlassung vorher. Bei deutschen Patienten konnte kein direkter Effekt der Überzeugung von einem chronischen Verlauf auf die subjektive Lebensqualität im körperlichen Bereich bei Entlassung nachgewiesen werden, jedoch ein indirekter über eine signifikante Prädiktion der Lebensqualität bei Auf-

nahme. Nur bei deutschen Patienten prädizierte Neurotizismus eine schlechtere körperbezogene Lebensqualität nach der Behandlung. Extraversion hatte hingegen in beiden Stichproben einen positiven Effekt auf die subjektive körperbezogene Lebensqualität bei Entlassung, bei deutschen Patienten wirkte sie sich außerdem positiv auf den t0-Wert aus. Die hypothetisierten indirekten Effekte des Glaubens an einen chronischen Krankheitsverlauf über die maladaptive Stressverarbeitung konnten für die Lebensqualität im körperlichen Bereich nicht bestätigt werden (siehe Abbildungen 54 & 55).

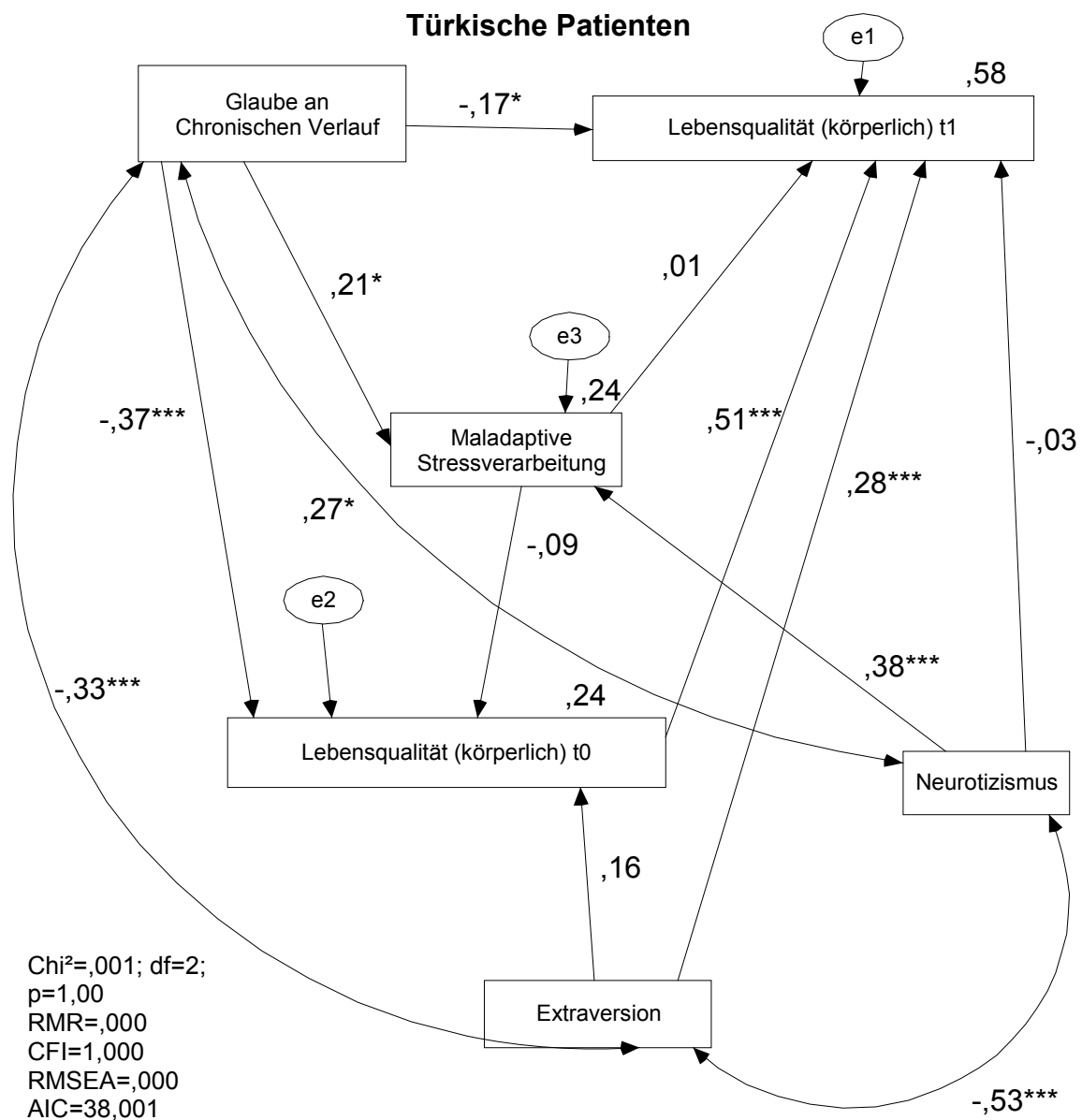


Abbildung 54: Stressverarbeitungs-Mediator-Modell mit Prädiktor „Glaube an chronischen Krankheitsverlauf (IPQR-GI)“ und Behandlungsergebnis-Indikator „Subjektive Lebensqualität im körperlichen Bereich (WHOQOL-BREF)“ bei türkischen Patienten mit standardisierten Werten und Fit-Indizes mit \*\*\* =  $p < .001$ , \*\* =  $p < .005$ , \* =  $p < .05$ .

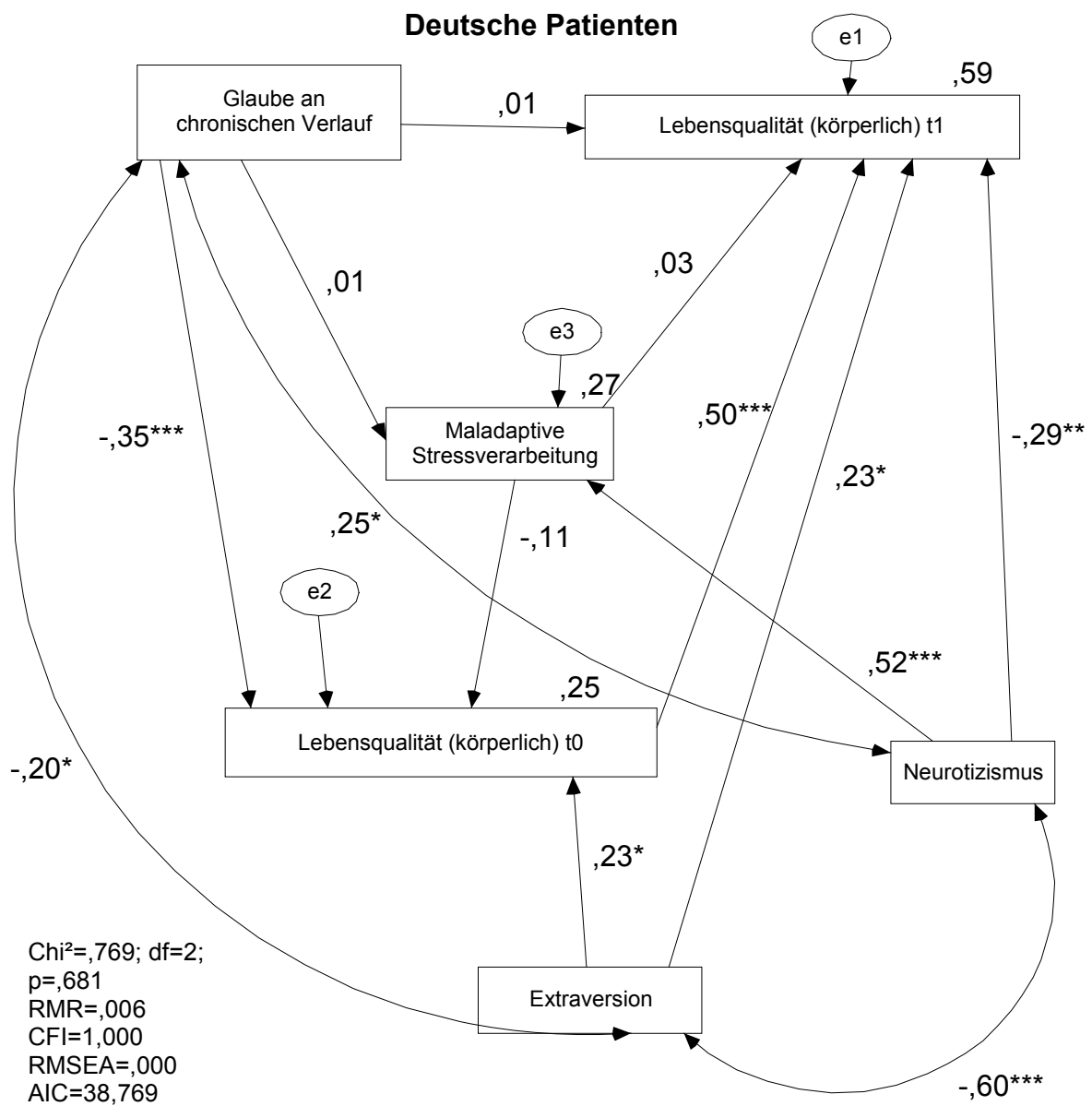


Abbildung 55: Stressverarbeitungs-Mediator-Modell mit Prädiktor „Glaube an chronischen Krankheitsverlauf (IPQR-GI)“ und Behandlungsergebnis-Indikator „Subjektive Lebensqualität im körperlichen Bereich (WHOQOL-BREF)“ bei deutschen Patienten mit standardisierten Werten und Fit-Indizes mit \*\*\* = p<.001, \*\*= p<.005, \*= p<.05.

Die subjektive Lebensqualität im psychischen Bereich zu t1 wurde bei türkischen Patienten direkt von Neurotizismus, Extraversion und dem t0-Wert prädiziert. Die Vorstellung eines chronischen Krankheitsverlaufs vermittelte hypothesenkonform

über maladaptive Stressverarbeitung einen indirekten Effekt auf den t0-Wert und über den t0-Wert einen indirekten Effekt auf den t1-Wert (siehe Abbildung 56).

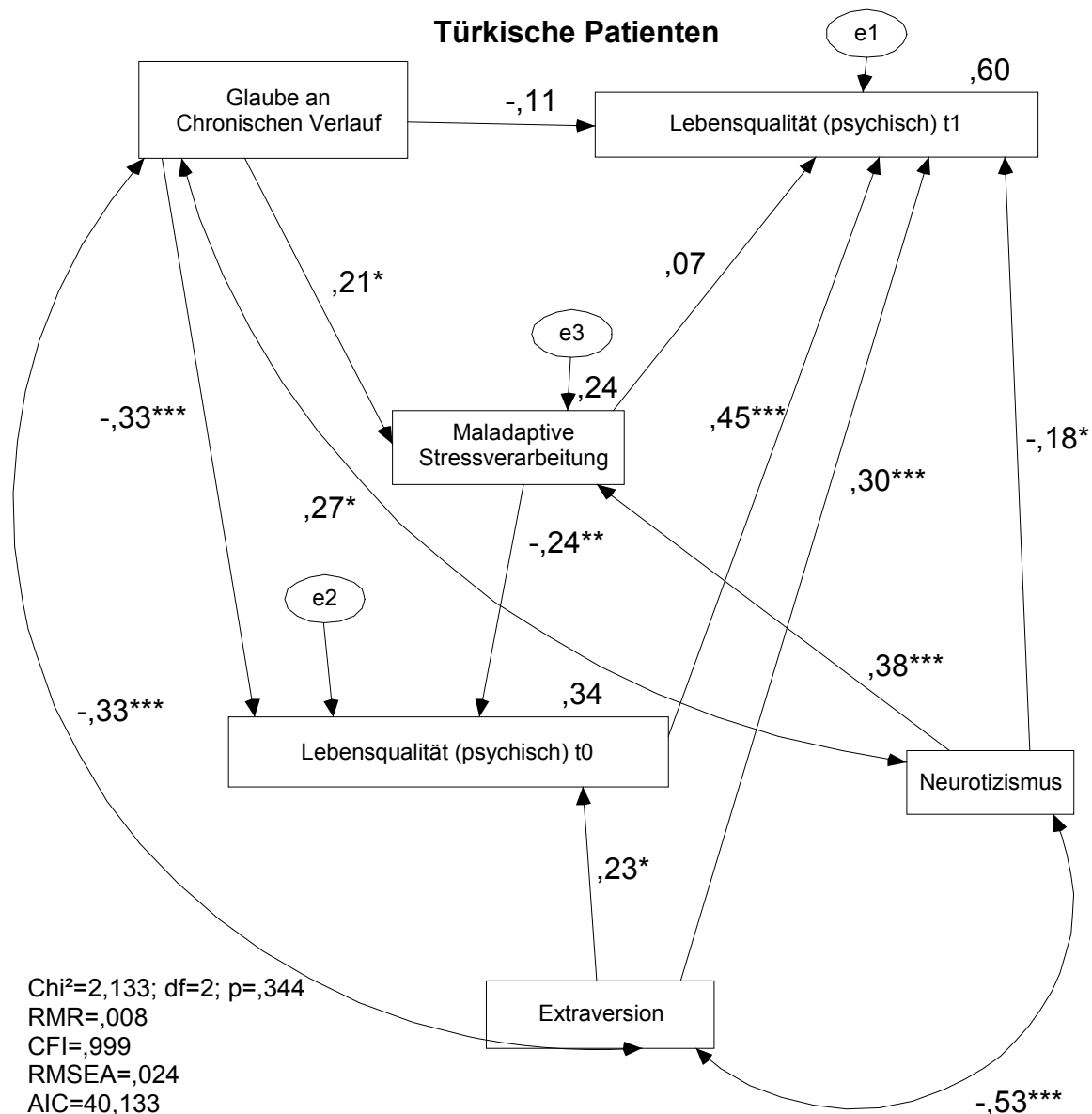


Abbildung 56: Stressverarbeitungs-Mediator-Modell mit Prädiktor „Glaube an chronischen Krankheitsverlauf (IPQR-GI)“ und Behandlungsergebnis-Indikator „Subjektive Lebensqualität im psychischen Bereich (WHOQOL-BREF)“ bei türkischen Patienten mit standardisierten Werten und Fit-Indizes mit \*\*\* =  $p < .001$ , \*\* =  $p < .005$ , \* =  $p < .05$ .

Bei deutschen Patienten hingegen fehlten Effekte des Glaubens an einen chronischen Krankheitsverlauf auf das psychische Wohlbefinden. Eine hohe Ausprägung auf Neurotizismus führte nicht nur direkt zu einer geringen psychischen Lebensqualität bei t1, sondern auch indirekt über die Förderung maladaptiver Stressverarbeitung hypothesenkonform zu einer geringen Lebensqualität bei t0.

Wie in der türkischen Stichprobe führte Extraversion zu einer hohen psychischen Lebensqualität bei Entlassung (siehe Abbildung 57).

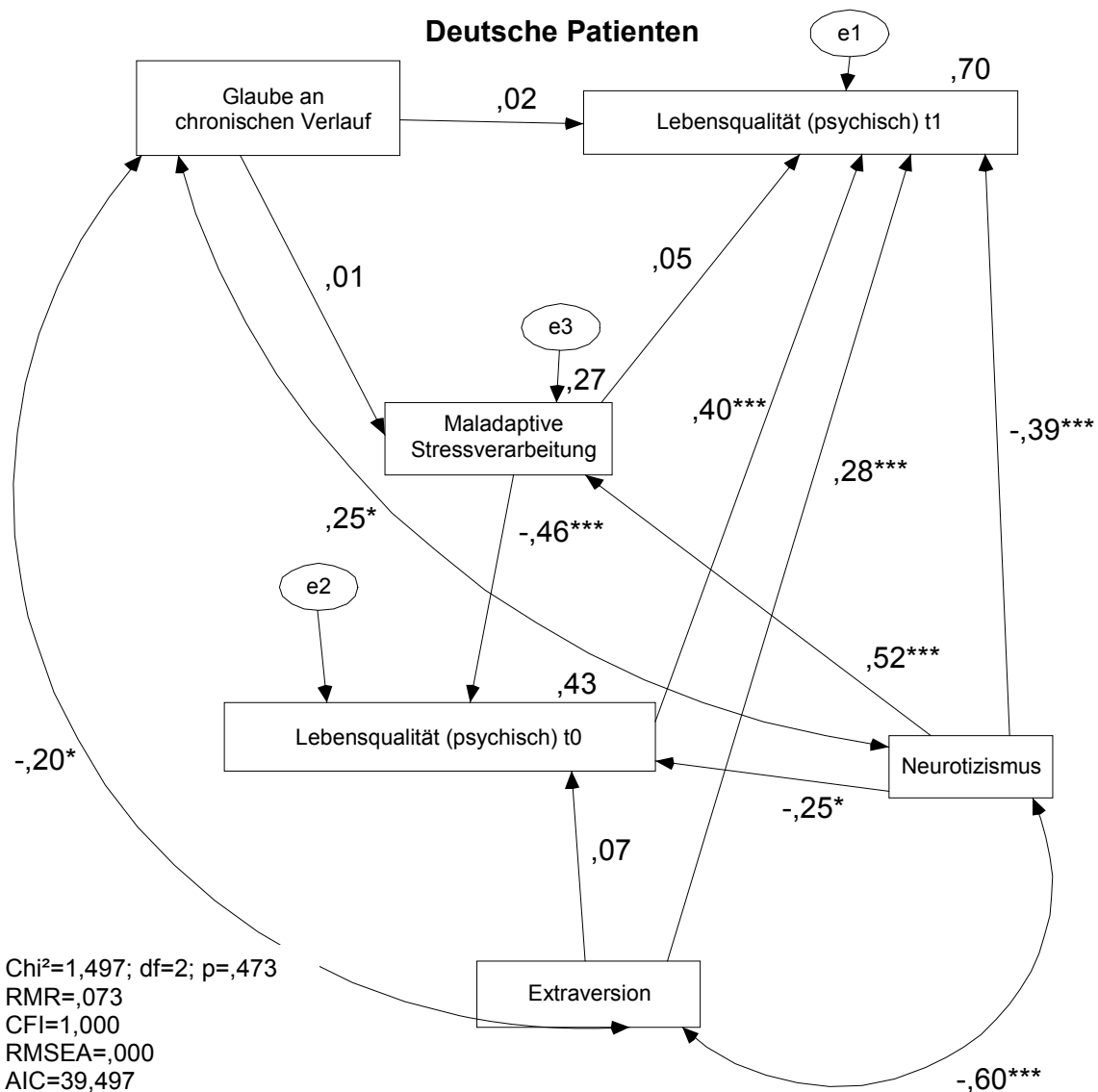


Abbildung 57: Stressverarbeitungs-Mediator-Modell mit Prädiktor „Glaube an chronischen Krankheitsverlauf (IPQR-GI)“ und Behandlungsergebnis-Indikator „Subjektive Lebensqualität im psychischen Bereich (WHOQOL-BREF)“ bei deutschen Patienten mit standardisierten Werten und Fit-Indizes mit \*\*\* =  $p < .001$ , \*\* =  $p < .005$ , \* =  $p < .05$ .

In beiden Gruppen wurde die soziale Lebensqualität nicht durch den Glauben an einen chronischen Krankheitsverlauf vorhergesagt. Bei türkischen Patienten waren Extraversion und der t0-Wert Prädiktoren der sozialen Lebensqualität bei Entlassung, bei deutschen Patienten der t0-Wert. Bei letzterer Gruppe zeigte sich auch wie hypothetisiert ein indirekter Effekt des Neurotizismus über die Förderung maladaptiver Stressverarbeitung auf die soziale Lebensqualität bei t0 (siehe Abbildungen 58 & 59).

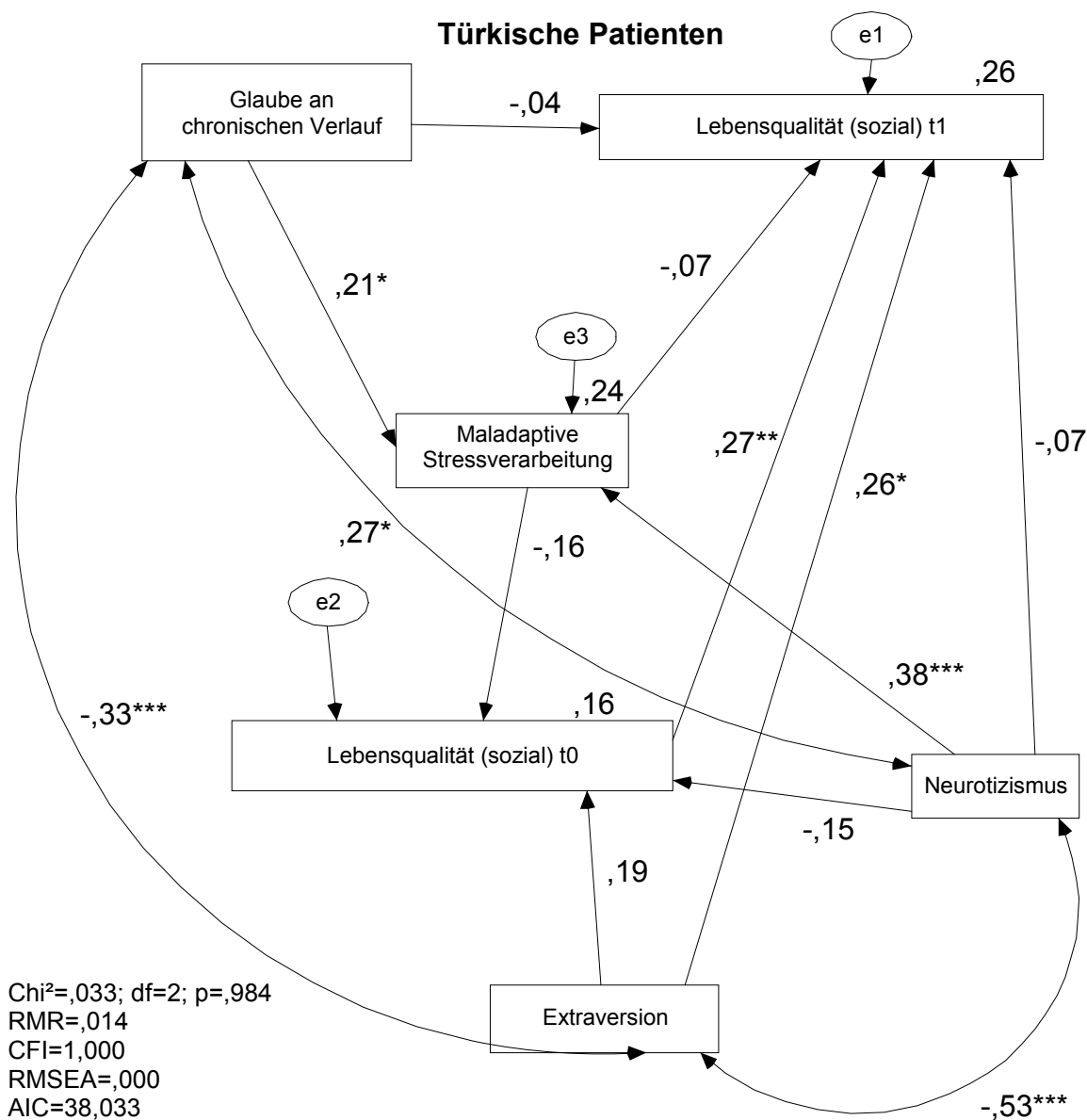


Abbildung 58: Stressverarbeitungs-Mediator-Modell mit Prädiktor „Glaube an chronischen Krankheitsverlauf (IPQR-GI)“ und Behandlungsergebnis-Indikator „Subjektive Lebensqualität im sozialen Bereich (WHOQOL-BREF)“ bei türkischen Patienten mit standardisierten Werten und Fit-Indizes mit \*\*\* =  $p < .001$ , \*\* =  $p < .005$ , \* =  $p < .05$ .

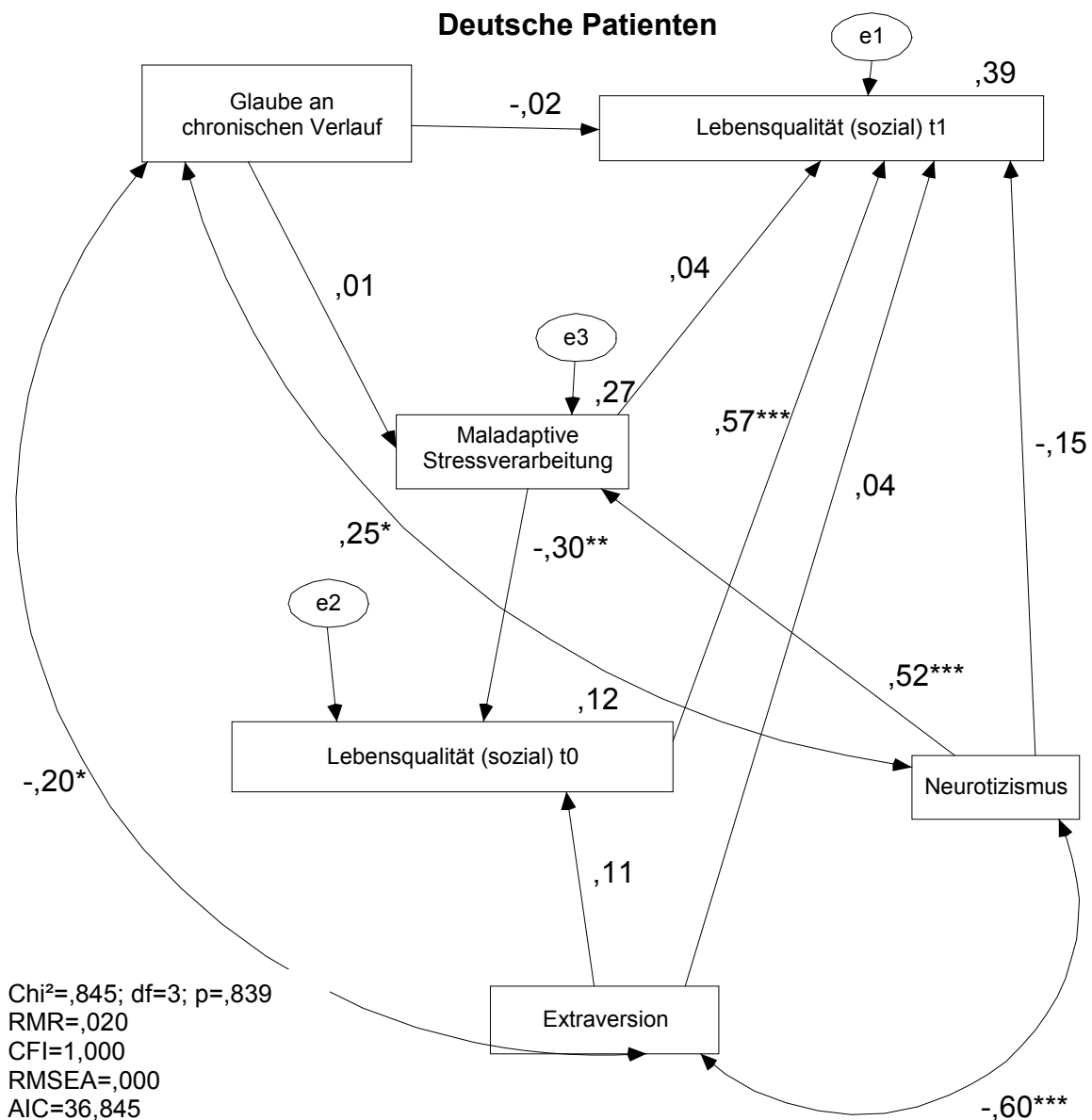


Abbildung 59: Stressverarbeitungs-Mediator-Modell mit Prädiktor „Glaube an chronischen Krankheitsverlauf (IPQR-GI)“ und Behandlungsergebnis-Indikator „Subjektive Lebensqualität im sozialen Bereich (WHOQOL-BREF)“ bei deutschen Patienten mit standardisierten Werten und Fit-Indizes mit \*\*\* =  $p < .001$ , \*\* =  $p < .005$ , \* =  $p < .05$ .

Während bei deutschen Patienten der Glaube an einen chronischen Krankheitsverlauf die subjektive Lebensqualität im umweltbezogenen Bereich zu t0 und t1 nicht beeinflusste, wirkte er bei türkischen Patienten über eine direkte Verschlechterung des t0-Werts indirekt reduzierend auf den t1-Wert. Extraversion war Prädiktor des t1-Wertes bei Türken, Neurotizismus prädizierte hingegen nur bei deutschen Patienten eine schlechte umweltbezogene Lebensqualität zu bei-



den Messzeitpunkten. Maladaptive Stressverarbeitung vermittelte entgegen der Hypothese in beiden Gruppen keine Effekte auf die umweltbezogene Lebensqualität (siehe Abbildungen 60 & 61).

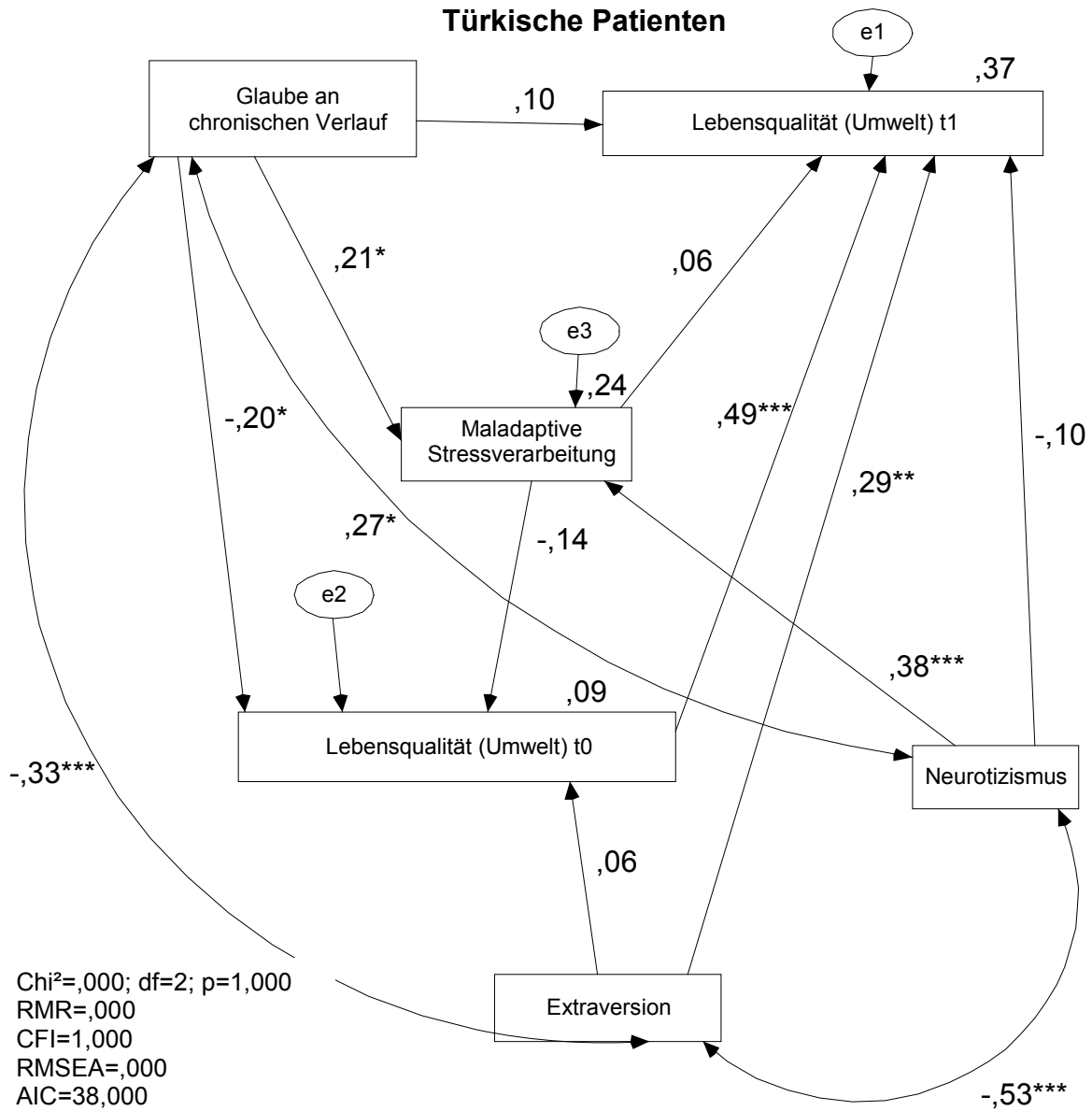


Abbildung 60: Stressverarbeitungs-Mediator-Modell mit Prädiktor „Glaube an chronischen Krankheitsverlauf (IPQR-GI)“ und Behandlungsergebnis-Indikator „Subjektive Lebensqualität im umweltbezogenen Bereich (WHOQOL-BREF)“ bei türkischen Patienten mit standardisierten Werten und Fit-Indizes mit \*\*\* =  $p < .001$ , \*\* =  $p < .005$ , \* =  $p < .05$ .

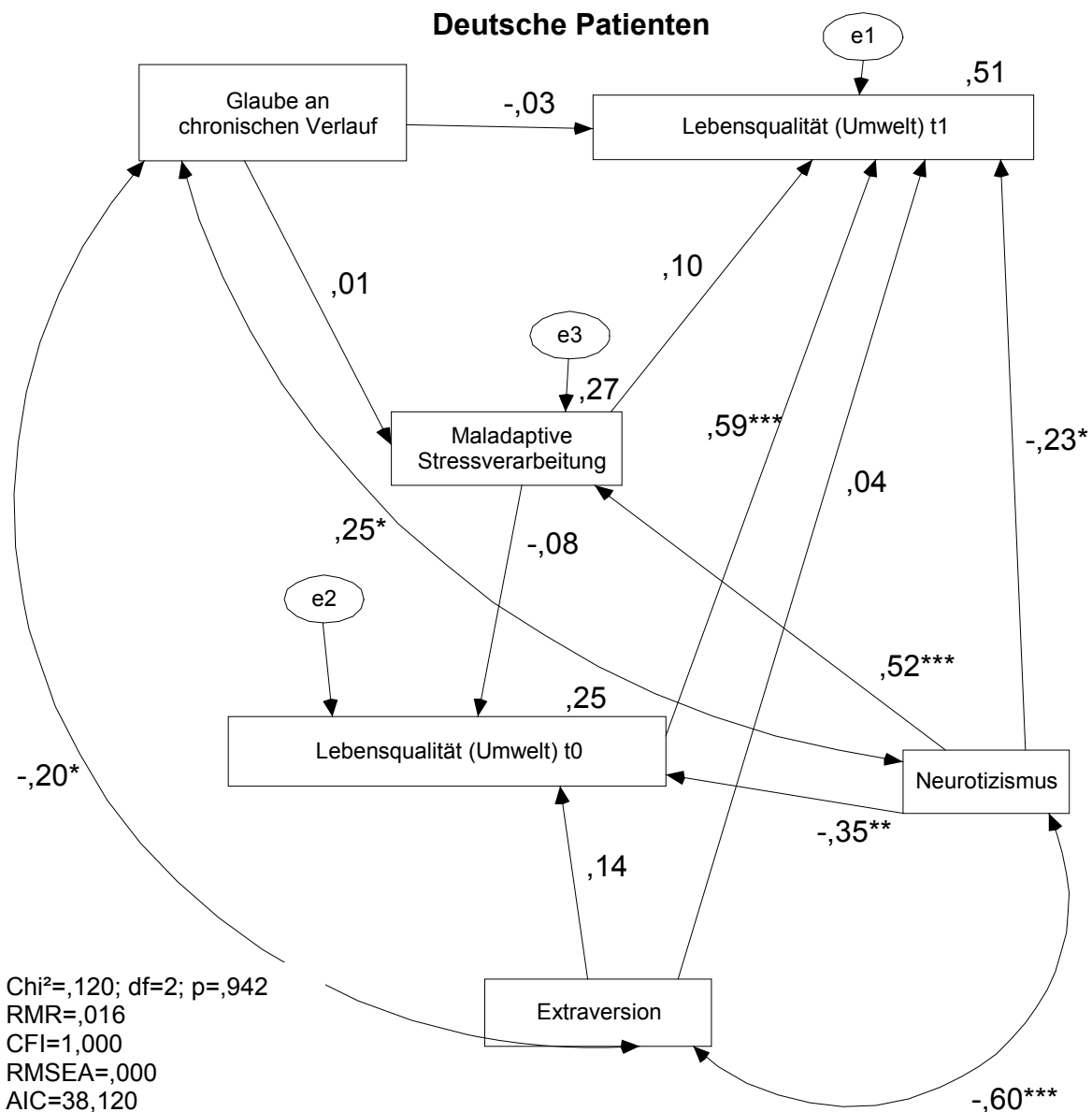


Abbildung 61: Stressverarbeitungs-Mediator-Modell mit Prädiktor „Glaube an chronischen Krankheitsverlauf (IPQR-GI)“ und Behandlungsergebnis-Indikator „Subjektive Lebensqualität im umweltbezogenen Bereich (WHOQOL-BREF)“ bei deutschen Patienten mit standardisierten Werten und Fit-Indizes mit \*\*\* =  $p < .001$ , \*\* =  $p < .005$ , \* =  $p < .05$ .

In beiden Stichproben zeigte sich lediglich ein indirekter Effekt der Vorstellung eines chronischen Krankheitsverlaufs auf die globale Lebensqualität t1 über die Reduktion des t0-Wertes, weiterhin eine direkte Prädiktion des t1-Werts durch Neurotizismus. Nur bei türkischen Patienten trugen hohe Ausprägungen auf Extraversion zu einer hohen globalen Lebensqualität bei Entlassung bei. Wie bei der

umweltbezogenen Lebensqualität medierte maladaptive Stressverarbeitung keine Effekte (siehe Abbildungen 62 & 63).

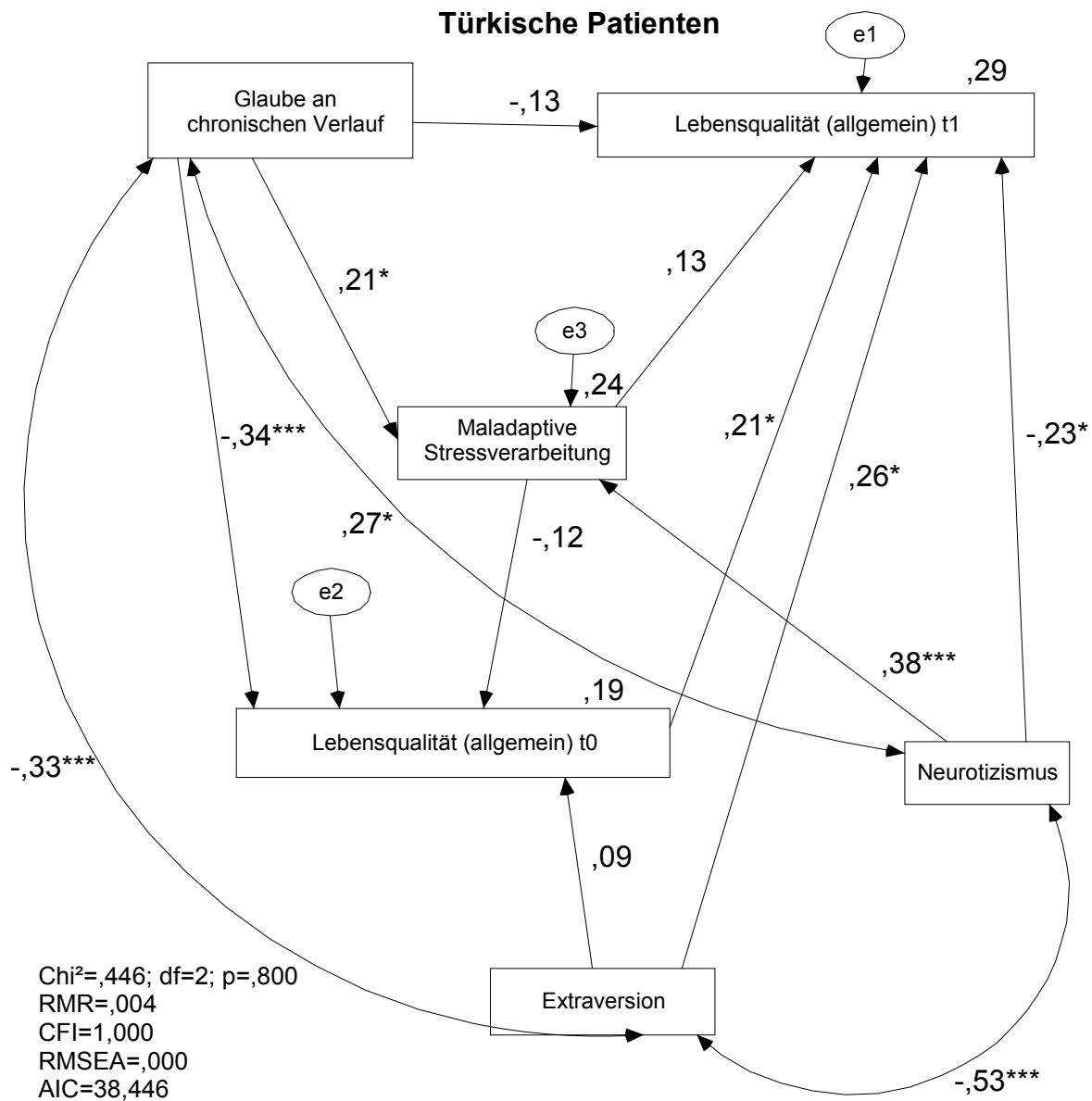


Abbildung 62: Stressverarbeitungs-Mediator-Modell mit Prädiktor „Glaube an chronischen Krankheitsverlauf (IPQR-GI)“ und Behandlungsergebnis- Indikator „Subjektive Lebensqualität im allgemeinen Bereich (WHOQOL-BREF)“ bei türkischen Patienten mit standardisierten Werten und Fit-Indizes mit \*\*\* =  $p < .001$ , \*\* =  $p < .005$ , \* =  $p < .05$

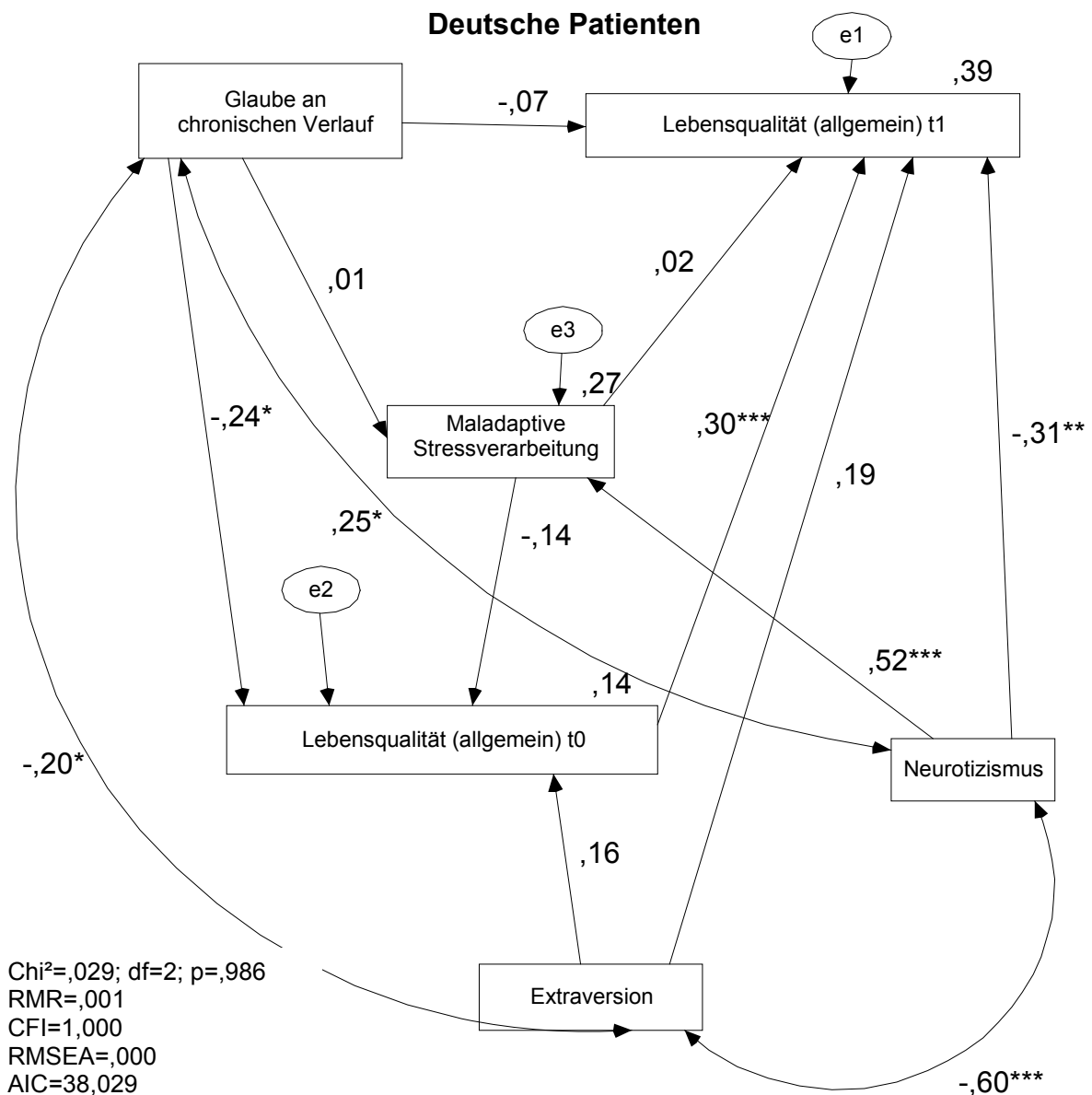


Abbildung 63: Stressverarbeitungs-Mediator-Modell mit Prädiktor „Glaube an chronischen Krankheitsverlauf (IPQR-GI)“ und Behandlungsergebnis-Parameter „Subjektive Lebensqualität im globalen Bereich (WHOQOL-BREF)“ bei deutschen Patienten mit standardisierten Werten und Fit-Indizes mit \*\*\* =  $p < .001$ , \*\* =  $p < .005$ , \* =  $p < .05$ .

Tendenziell spielte Neurotizismus als Prädiktor für die subjektive Lebensqualität und Symptombelastung eine wichtigere Rolle bei deutschen Patienten, während Extraversion zumindest für die Bereiche der globalen, sozialen und umweltbezogenen Lebensqualität ausschließlich bei türkischen Patienten signifikanter Prädiktor war. Der Glaube an einen chronischen Krankheitsverlauf wirkte bis auf eine Ausnahme nie direkt auf die Selbsteinschätzungen subjektiver Lebensqualität und Symptombelastung bei Entlassung t1, sondern je nach Behandlungsergebnis-Parameter indirekt über maladaptive Stressverarbeitung auf die jeweiligen

t0-Werte und/oder über die t0-Werte indirekt auf die jeweiligen t1-Werte. Maladaptive Stressverarbeitung und die t0-Werte mediieren dementsprechend in Abhängigkeit vom Behandlungsergebnis-Parameter Effekte der Vorstellung eines chronischen Krankheitsverlaufs und der Persönlichkeit auf die jeweiligen t0-Werte.

Während bei türkischen Patienten eine starke Krankheitsschwere bei Aufnahme (CGI\_t0) , eine niedrige Ausprägung auf Extraversion und auf maladaptiver Stressverarbeitung direkt hohe CGI\_t1-Werte (Erkrankungsschwere) signifikant prädizierten, konnte der CGI\_t1-Wert bei deutschen Patienten durch keine Modellvariable vorhergesagt werden. Der Glaube an einen chronischen Krankheitsverlauf führte lediglich in der türkischen Stichprobe zu einer höheren Ausprägung im CGI\_t0 und damit indirekt im CGI\_t1. Alleine bei deutschen Patienten prädizierte Neurotizismus über maladaptive Stressverarbeitung indirekt hohe CGI\_t0-Werte (siehe Abbildungen 64 & 65).

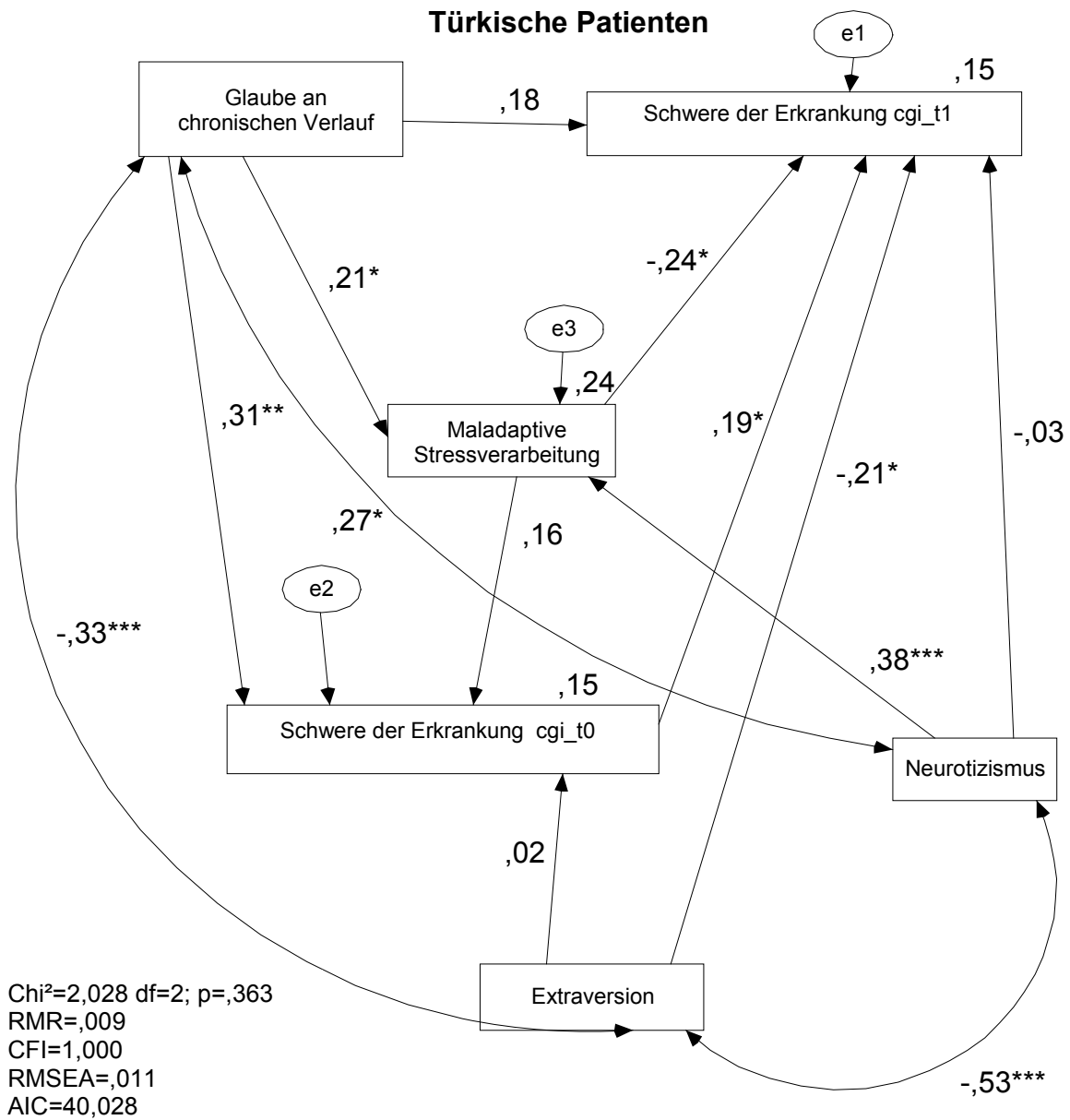


Abbildung 64: Stressverarbeitungs-Mediator-Modell mit Prädiktor „Glaube an chronischen Krankheitsverlauf (IPQR-GI)“ und Behandlungsergebnis-Indikator „Clinical Global Impressions CGI (Arzteinschätzung)“ bei türkischen Patienten mit standardisierten Werten und Fit-Indizes mit \*\*\* =  $p < .001$ , \*\* =  $p < .005$ , \* =  $p < .05$ .

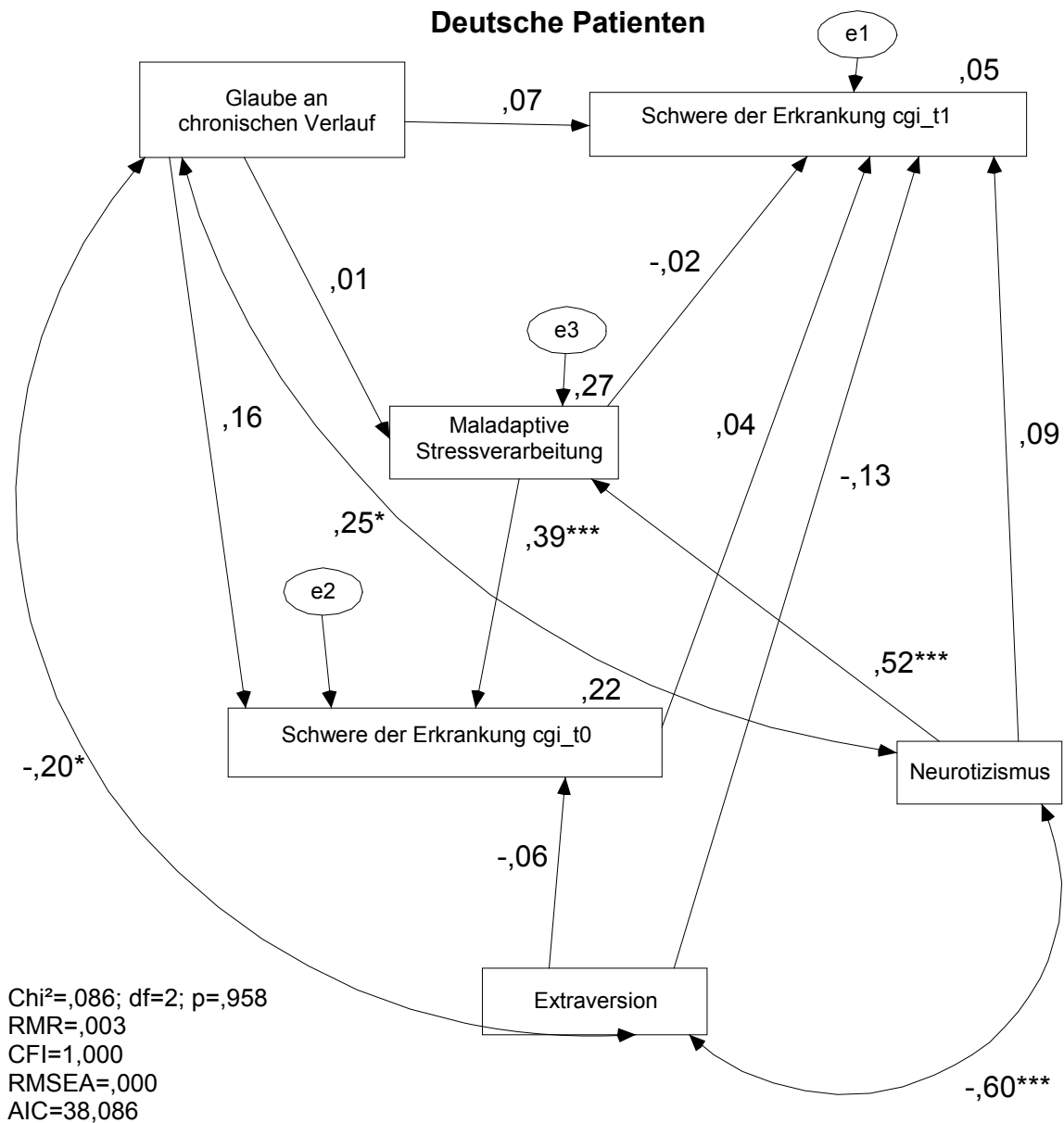


Abbildung 65: Stressverarbeitungs-Mediator-Modell mit Prädiktor „Glaube an chronischen Krankheitsverlauf (IPQR-GI)“ und Behandlungsergebnis-Indikator „Clinical Global Impressions CGI (Arzteinschätzung)“ bei deutschen Patienten mit standardisierten Werten und Fit-Indizes mit \*\*\* =  $p < .001$ , \*\* =  $p < .005$ , \* =  $p < .05$ .

In beiden Gruppen spielte die Vorstellung eines chronischen Krankheitsverlaufs keine signifikante Rolle für das globale Funktionsniveau (GAF). Bei türkischen Patienten wurde der GAF<sub>t1</sub>-Wert nur durch den GAF<sub>t0</sub>-Wert prädiziert, während in der deutschen Stichprobe zusätzlich eine hohe Ausprägung auf Extraversion hohe GAF<sub>t1</sub>-Werte prädizierte und eine hohe Ausprägung auf Neurotizismus hypothesenkonform eine reduzierende indirekte Wirkung über die Förderung

maladaptiver Stressverarbeitung auf den gaf\_t0-Wert entfaltet (siehe Abbildungen 66 & 67).

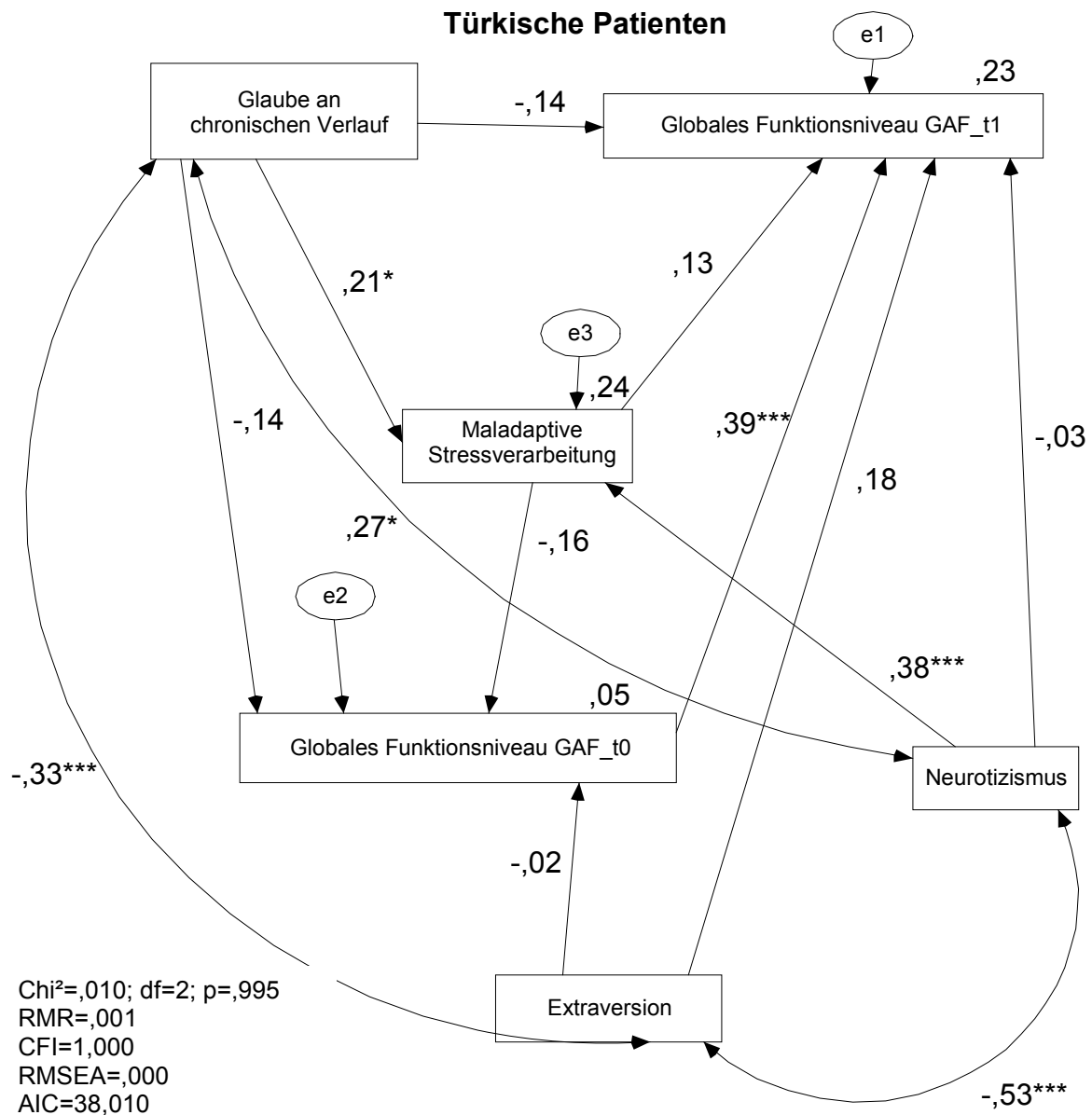


Abbildung 66: Stressverarbeitungs-Mediator-Modell mit Prädiktor „Glaube an chronischen Krankheitsverlauf (IPQR-GI)“ und Behandlungsergebnis-Indikator „Globales Funktionsniveau GAF (Arzteinschätzung)“ bei türkischen Patienten mit standardisierten Werten und Fit-Indizes mit \*\*\* =  $p < .001$ , \*\* =  $p < .005$ , \* =  $p < .05$ .



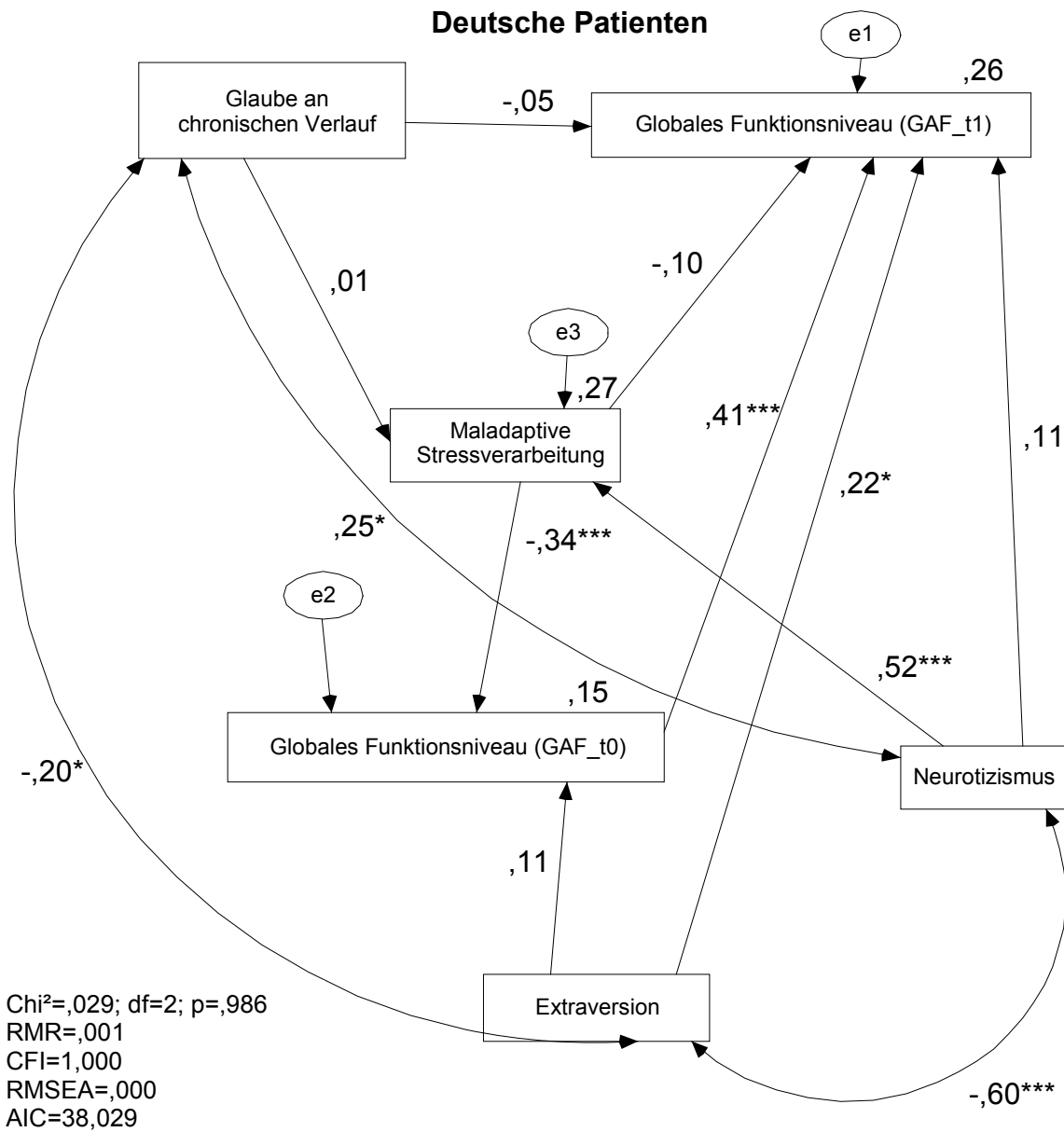


Abbildung 67: Stressverarbeitungs-Mediator-Modell mit Prädiktor „Glaube an chronischen Krankheitsverlauf (IPQR-GI)“ und Behandlungsergebnis-Indikator „Globales Funktionsniveau GAF (Arzteinschätzung)“ bei deutschen Patienten mit standardisierten Werten und Fit-Indizes mit \*\*\* =  $p < .001$ , \*\* =  $p < .005$ , \* =  $p < .05$ .

Die Vorhersage des Beeinträchtigungs-Schwere-Score BSS bei Entlassung t1 erfolgte bei türkischen Patienten durch BSS\_t0 und Extraversion, während bei deutschen Patienten nur der BSS\_t0-Wert signifikanter direkter Prädiktor war und eine hohe Ausprägung auf Neurotizismus entsprechend der Hypothesen über maladaptive Stressverarbeitung einen indirekten Effekt auf BSS\_t0 entfaltete (siehe Abbildungen 68 & 69).

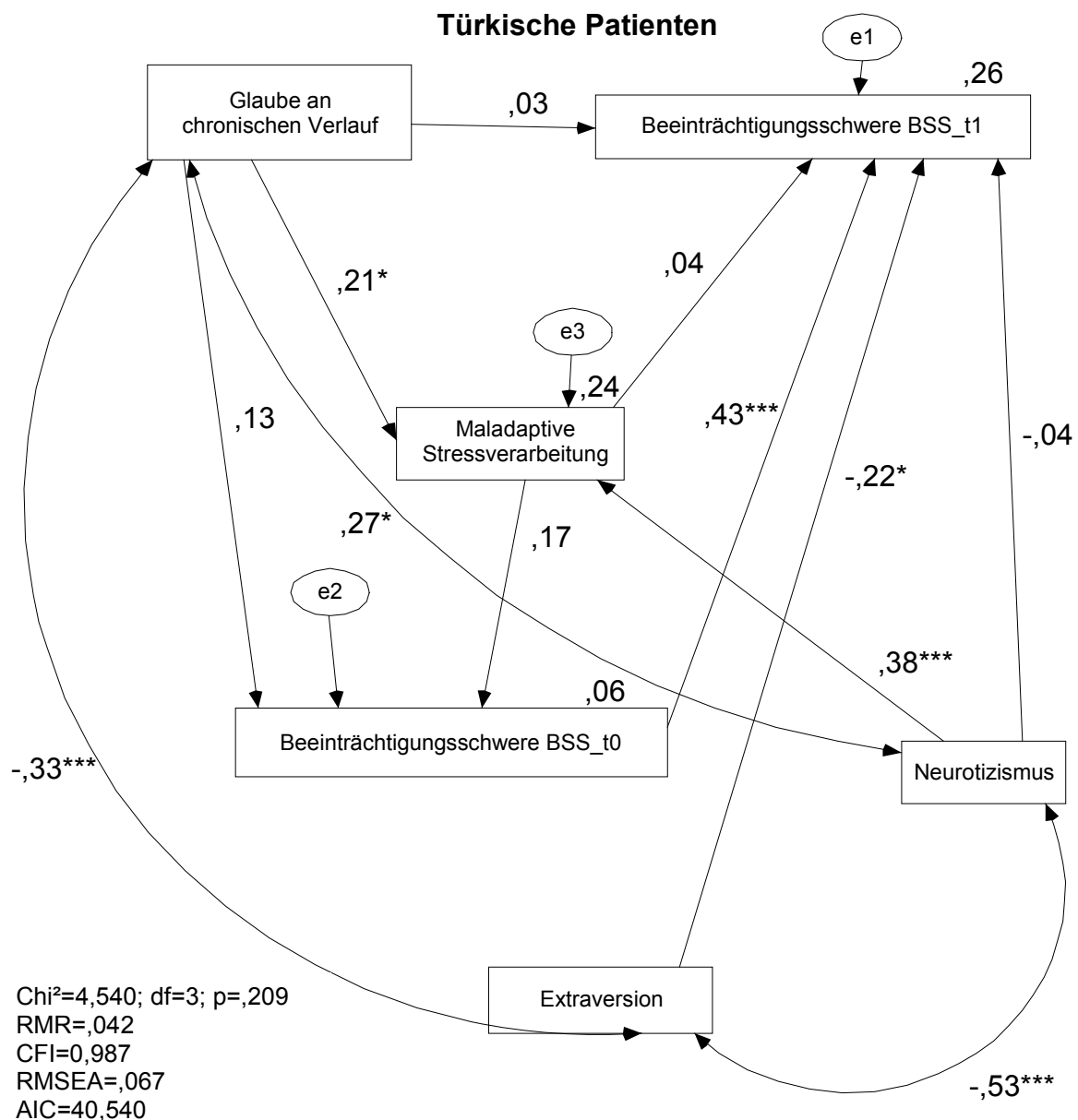


Abbildung 68: Stressverarbeitungs-Mediator-Modell mit Prädiktor „Glaube an chronischen Krankheitsverlauf (IPQR-GI)“ und Behandlungsergebnis-Indikator „Beeinträchtigungs-Schwere-Score BSS (Arzteinschätzung)“ bei türkischen Patienten mit standardisierten Werten und Fit-Indizes mit \*\*\* =  $p < .001$ , \*\* =  $p < .005$ , \* =  $p < .05$ .

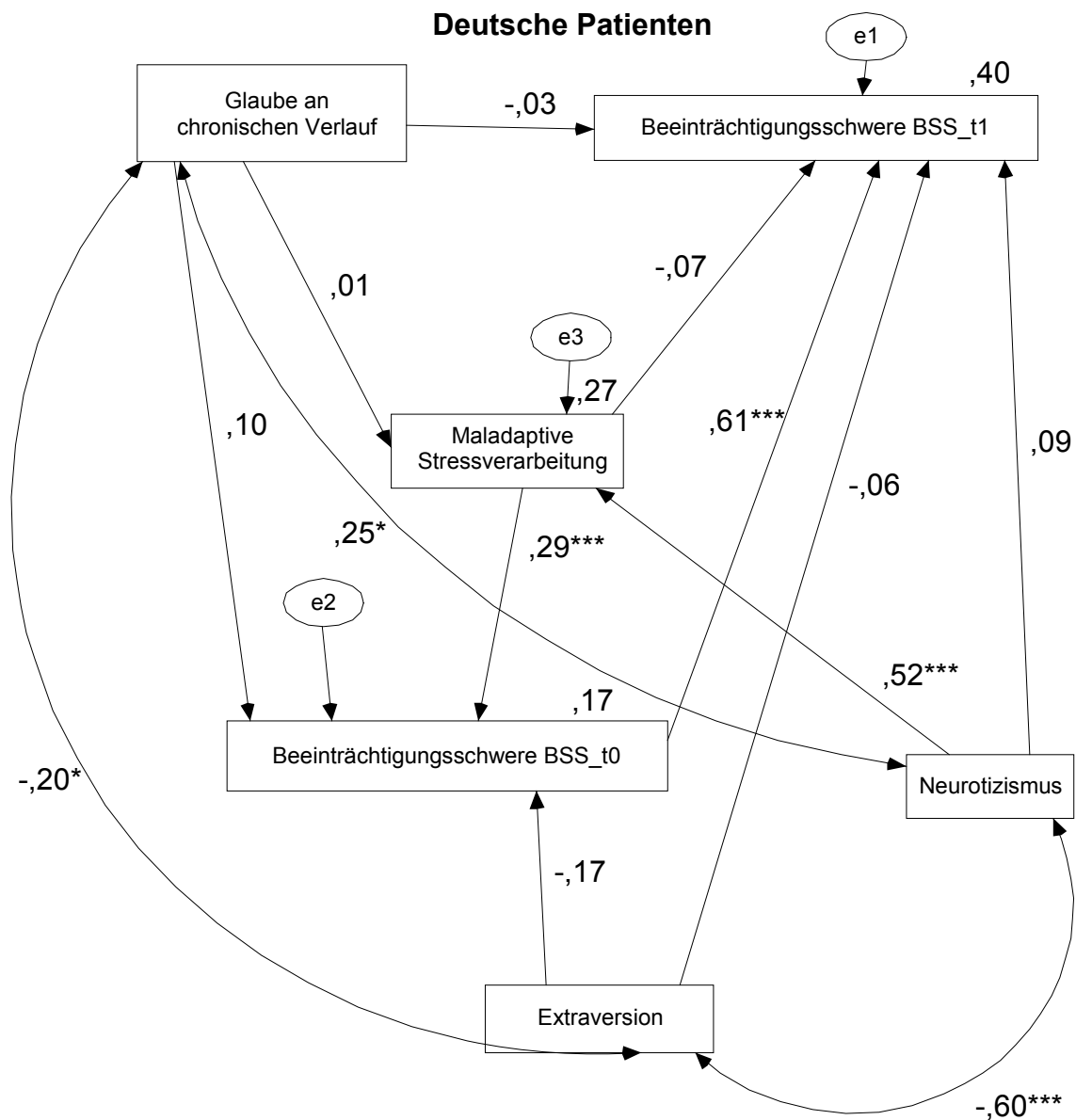


Abbildung 69: Stressverarbeitungs-Mediator-Modell mit Prädiktor „Glaube an chronischen Krankheitsverlauf (IPQR-GI)“ und Behandlungsergebnis-Parameter „Beeinträchtigungs-Schwere-Score BSS (Arzteinschätzung)“ bei deutschen Patienten mit standardisierten Werten und Fit-Indizes mit  $*** = p < .001$ ,  $** = p < .005$ ,  $* = p < .05$ .

Zusammenfassend hatte Neurotizismus nur in der deutschen Gruppe über die Förderung maladaptiver Stressverarbeitung eine Prädiktorfunktion für schlechte Arzteinschätzungen bei t0.

Gemeinsamkeiten der Modelle der türkischen und deutschen Gruppen mit psychiatrischen Diagnosen zur Kombination „Glaube an einen chronischen Krankheitsverlauf/ Behandlungsergebnis-Parameter“ umfassten die negative Korrelation zwischen Neurotizismus und Extraversion, die negative Korrelation zwischen Extraversion und dem Glauben an einen chronischen Krankheitsverlauf, die positive Korrelation zwischen letzterem und Neurotizismus sowie den direkten Effekt von Neurotizismus auf maladaptive Stressverarbeitung. Nur in der türkischen Stichprobe prädizierte der Glaube an einen chronischen Krankheitsverlauf maladaptive Stressverarbeitung, sodass nur in dieser Gruppe eine Mediation des Glaubens an einen chronischen Krankheitsverlauf auf die Behandlungsergebnis-Parameter über maladaptive Stressverarbeitung erfolgen konnte. Insgesamt zeigten sich gute Fit-Indizes für beide Modelle, d.h. die Modellvorstellungen passten gut auf die empirische Datensatzstruktur der türkischen und deutschen Stichprobe.

Ähnlich wie die Überzeugung von einem chronischen Krankheitsverlauf entfaltete der Glaube an einen zyklischen Krankheitsverlauf bei einigen Behandlungsergebnis-Indikatoren hypothesenkonform indirekte Effekte über die Förderung maladaptiver Stressverarbeitung. Bei türkischen Patienten beispielsweise wirkte sich diese Krankheitsvorstellung indirekt über maladaptive Stressverarbeitung auf  $gsi_{t0}$ , auf fast alle Skalen der Lebensqualität zu  $t_0$  und alle Arzteinschätzungen bei Aufnahme  $t_0$  aus. Bei deutschen Patienten gab es diesen indirekten Effekt auf  $gsi_{t0}$ , die psychische und soziale Lebensqualität zu  $t_0$ , und die Arzteinschätzungen bei Aufnahme  $t_0$ . Weiterhin zeigte sich in dieser Patientengruppe bei vielen Behandlungsergebnis-Parametern (wie z.B. bei der Lebensqualität im körperlichen, psychischen und allgemeinen Bereich sowie beim BSS) eine indirekte Wirkung auf den  $t_1$ -Wert über die Prädiktion des jeweiligen  $t_0$ -Wertes. Extraversion spielte beim BSS, CGI, bei der sozialen, umweltbezogenen und allgemeinen Lebensqualität nur für türkische Patienten eine signifikante Rolle, während Neurotizismus bei der Vorhersage der subjektiven Symptombelastung in der deutschen Stichprobe stärker ins Gewicht fiel (siehe Anhang 39).

Genauso wie der Glaube an einen zyklischen Krankheitsverlauf keine direkten Effekte auf die Behandlungsergebnis-Parameter bei Entlassung t1 hatte, fehlten auch bei der Vorstellung negativer Krankheitskonsequenzen direkte Effekte. Es konnten jedoch hypothesenkonform in beiden psychiatrischen Gruppen indirekte Effekte über maladaptive Stressverarbeitung auf  $gsi\_t0$ , psychische Lebensqualität t0, CGI\_t0 und GAF\_t0, außerdem indirekte Effekte dieser Krankheitsvorstellung auf die t1-Werte über die jeweiligen t0-Werte, z.B. bei subjektiver Lebensqualität im körperlichen, psychischen und globalen Bereich bei türkischen Patienten, und bei deutschen Patienten bezüglich der GAF- und BSS-Werten, der körperlichen und psychischen Lebensqualität gefunden werden (siehe Anhang 39).

Auch bei der Subskala „emotionale Reaktionen“ ergaben sich keine direkten Effekte auf die Behandlungsergebnis-Parameter bei Entlassung t1. Wieder wurden indirekte Effekte über die Förderung maladaptiver Stressverarbeitung auf  $gsi\_t0$  und alle Arzteinschätzungen zu t0 bei beiden Patientengruppen bestätigt, ferner auf psychische und soziale Lebensqualität t0 bei deutschen Patienten, und auf umweltbezogene Lebensqualität t0 bei türkischen Patienten. Außerdem wurden indirekte Effekte über t0-Werte der Behandlungsergebnis-Parameter auf die jeweiligen t1-Werte gefunden. Emotionale Reaktionen spielten in der türkischen Stichprobe überhaupt keine signifikante Rolle für die subjektive Lebensqualität im psychischen, sozialen und globalen Bereich, bei deutschen Patienten für den sozialen Bereich (siehe Anhang 39).

Im Rahmen der Modellberechnungen zur Subskala „Glaube an die Behandlungswirksamkeit“ zeigten sich bei beiden Patientengruppen negative Korrelationen zwischen Extraversion und Neurotizismus, positive Korrelationen zwischen dem Glauben an die Behandlungswirksamkeit und Extraversion und die Prädiktion adaptiver Stressverarbeitung durch starke Extraversion. Bei türkischen Patienten zeigte sich außerdem ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen dem Glauben an Behandlungswirksamkeit und Neurotizismus.

In der türkischen Gruppe bewirkte ein starker Glaube an die Behandlungswirksamkeit eine direkte Reduktion der subjektiven Symptombelastung bei Entlas-

sung (gsi\_t1) als auch eine indirekte Reduktion über die Reduktion der subjektiven Symptombelastung bei Aufnahme t0. Neurotizismus wirkte zum einen direkt förderlich auf die Symptombelastung bei Entlassung, zum anderen indirekt über gsi\_t0 auf gsi\_t1. Extraversion dagegen reduzierte die subjektive Symptombelastung bei Aufnahme hypothesenkonform indirekt über die Förderung adaptiver Stressverarbeitung, welche niedrige gsi\_t0-Werte prädizierte (siehe Abbildung 70).

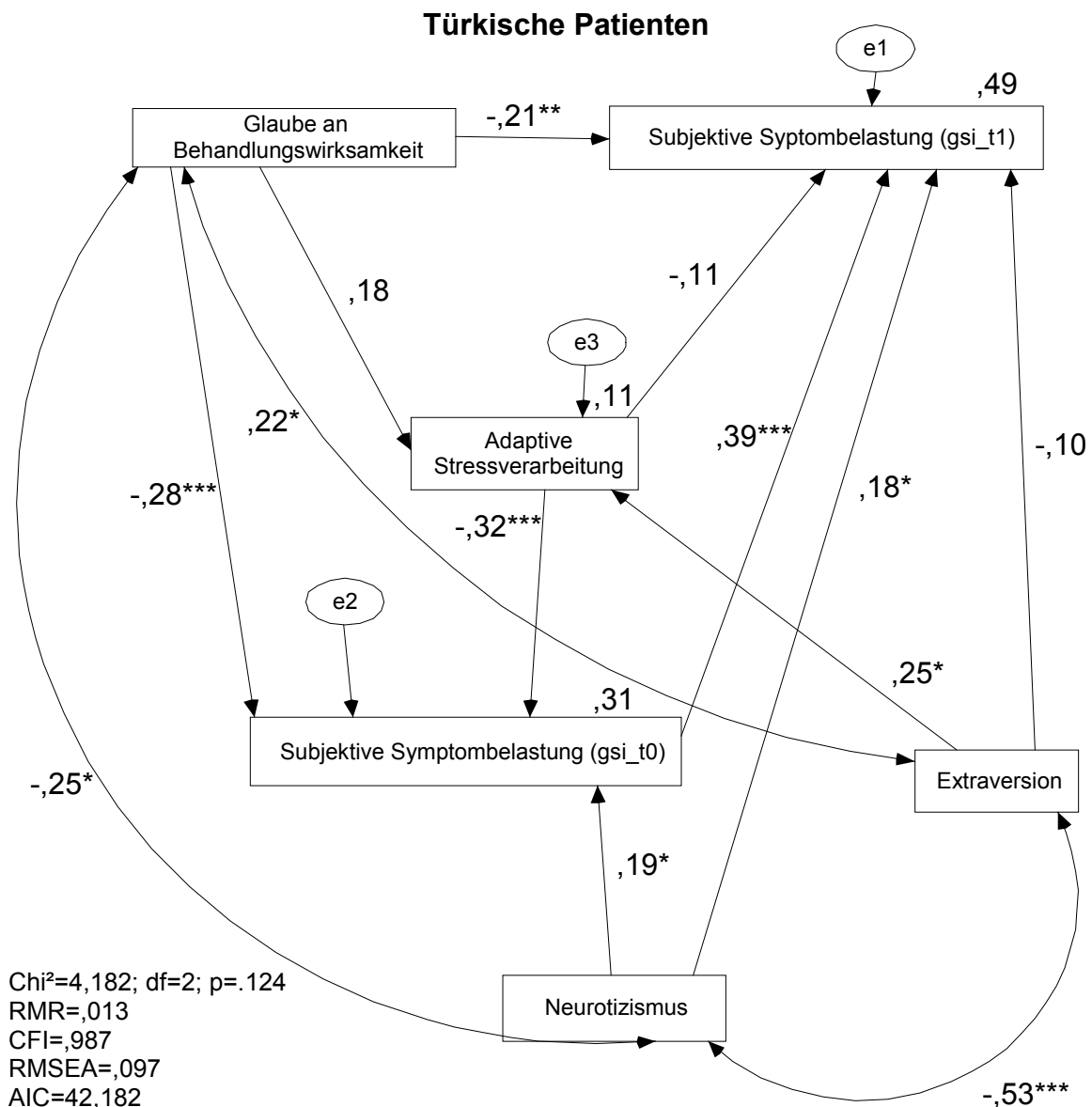


Abbildung 70: Stressverarbeitungs-Mediator-Modell mit Prädiktor „Glaube an Behandlungswirksamkeit (IPQR-GI)“ und Behandlungsergebnis-Indikator „Subjektive Symptombelastung GSI (BSI)“ bei türkischen Patienten mit standardisierten Werten und Fit-Indizes mit \*\*\* =  $p < .001$ , \*\* =  $p < .005$ , \* =  $p < .05$ .

Bei deutschen Patienten zeigten sich keine signifikanten Effekte der Vorstellung über die Behandlungswirksamkeit und der Extraversion auf die subjektive Sym-

ptombelastung. Neurotizismus war neben dem  $gsi\_t0$ -Wert in diesem Kontext der wichtigste Prädiktor (siehe Abbildung 71).

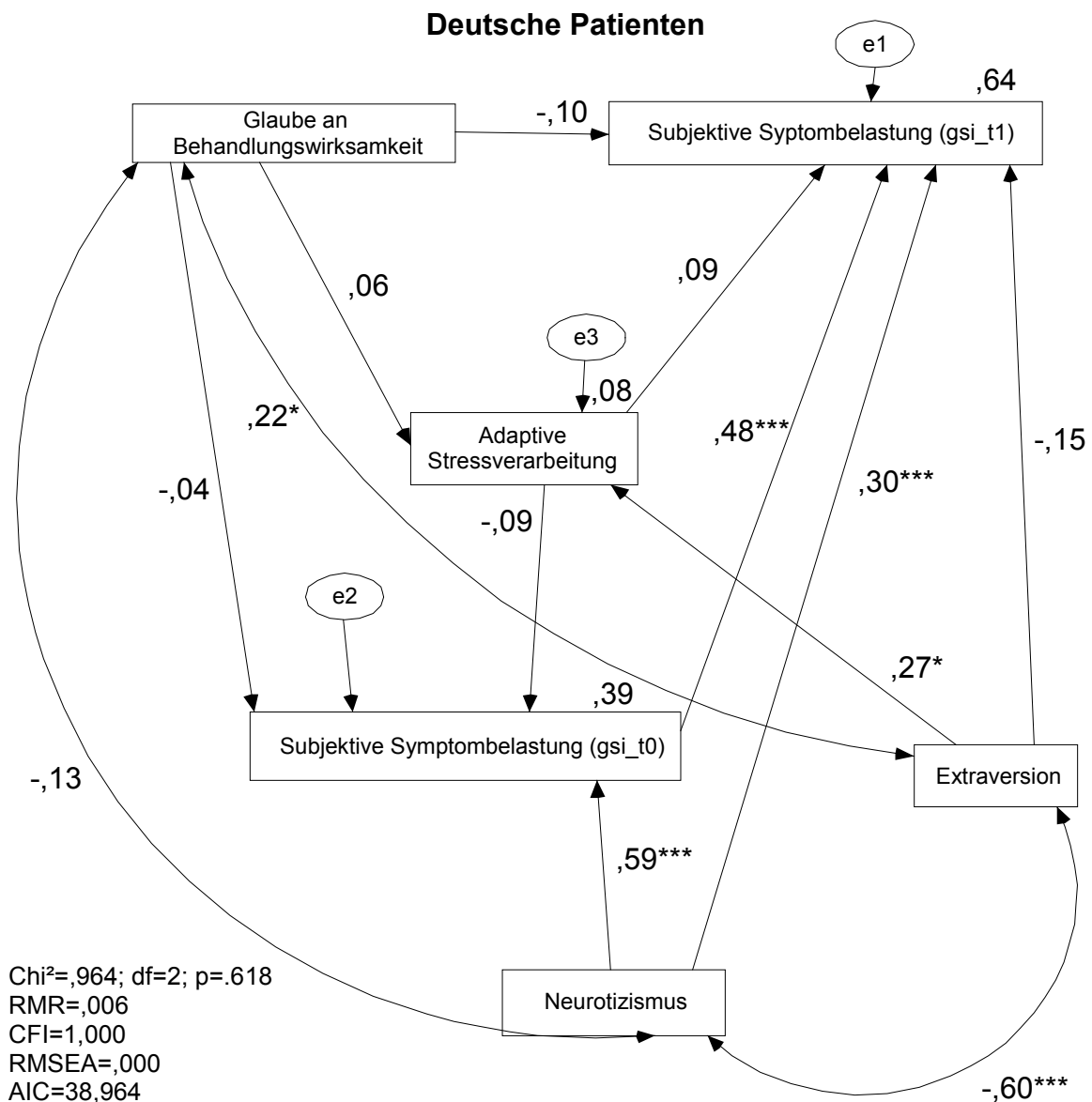


Abbildung 71: Stressverarbeitungs-Mediator-Modell mit Prädiktor „Glaube an Behandlungswirksamkeit (IPQR-GI)“ und Behandlungsergebnis- Indikator „Subjektive Symptombelastung GSI (BSI)“ bei deutschen Patienten mit standardisierten Werten und Fit-Indizes mit  $^{***} = p < .001$ ,  $^{**} = p < .005$ ,  $^* = p < .05$ .

In beiden Patientengruppen wirkte sich ein starker Glaube an die Behandlungswirksamkeit positiv auf die Lebensqualität im körperlichen Bereich zu beiden Messzeitpunkten aus. Bei türkischen Patienten gab es zusätzlich hypothesenkonform einen indirekten Effekt dieser Krankheitsvorstellung auf den t0-Wert über

die Förderung adaptiver Stressverarbeitung. Während in der türkischen Stichprobe Neurotizismus keine Prädiktorkraft hatte, sagte er in der deutschen Gruppe direkt signifikant eine geringe körperliche Lebensqualität zu t0 und t1 vorher. Extraversion entfaltete in beiden Gruppen positive direkte und entsprechend der Hypothese indirekte Effekte über die Erhöhung adaptiver Stressverarbeitung (siehe Abbildungen 72 & 73).

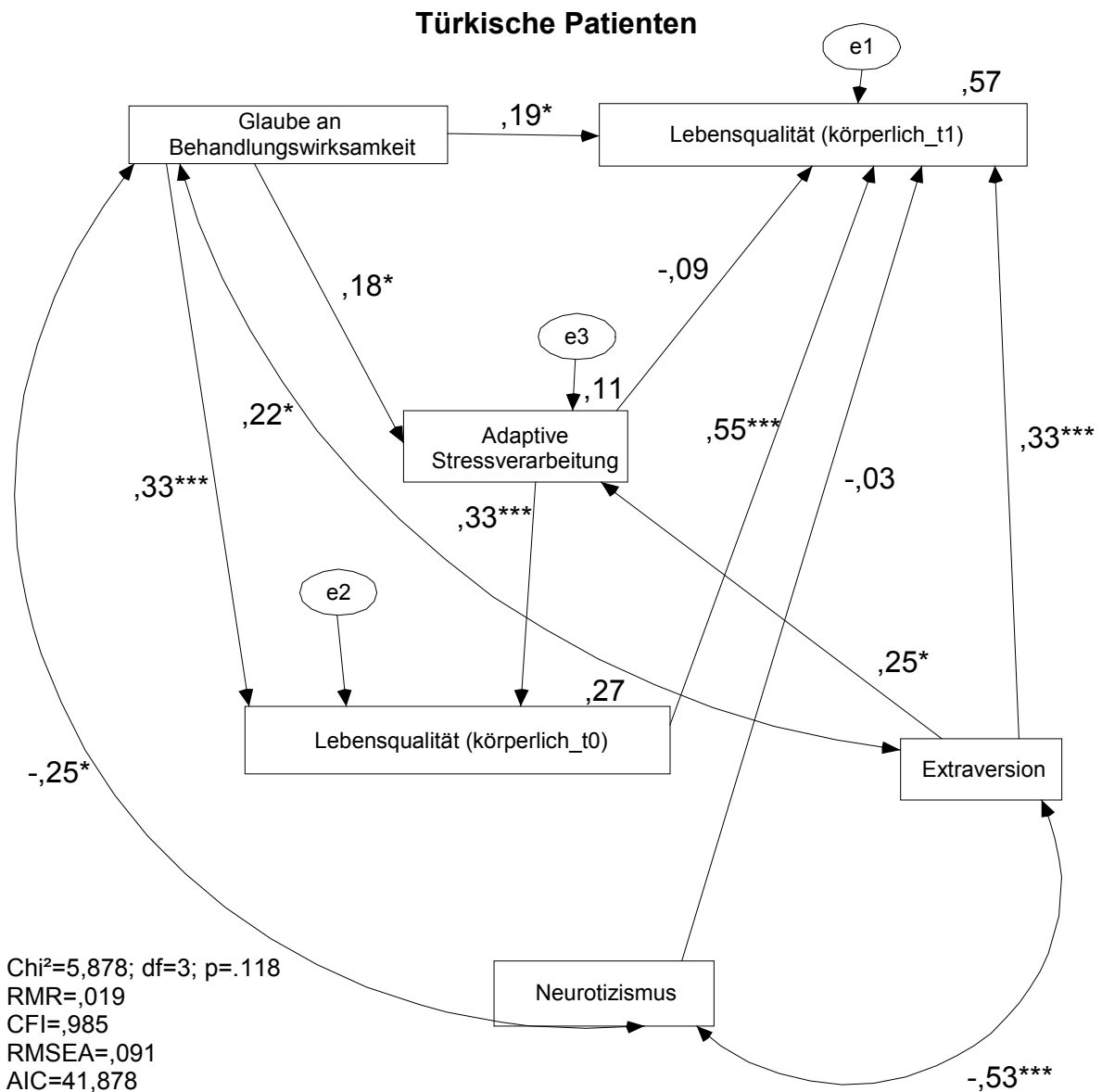


Abbildung 72: Stressverarbeitungs-Mediator-Modell mit Prädiktor „Glaube an Behandlungswirksamkeit (IPQR-GI)“ und Behandlungsergebnis-Indikator „Subjektive Lebensqualität im körperlichen Bereich (WHOQOL-BREF)“ bei türkischen Patienten mit standardisierten Werten und Fit-Indizes mit \*\*\* = p<.001, \*\*= p<.005, \*= p<.05.



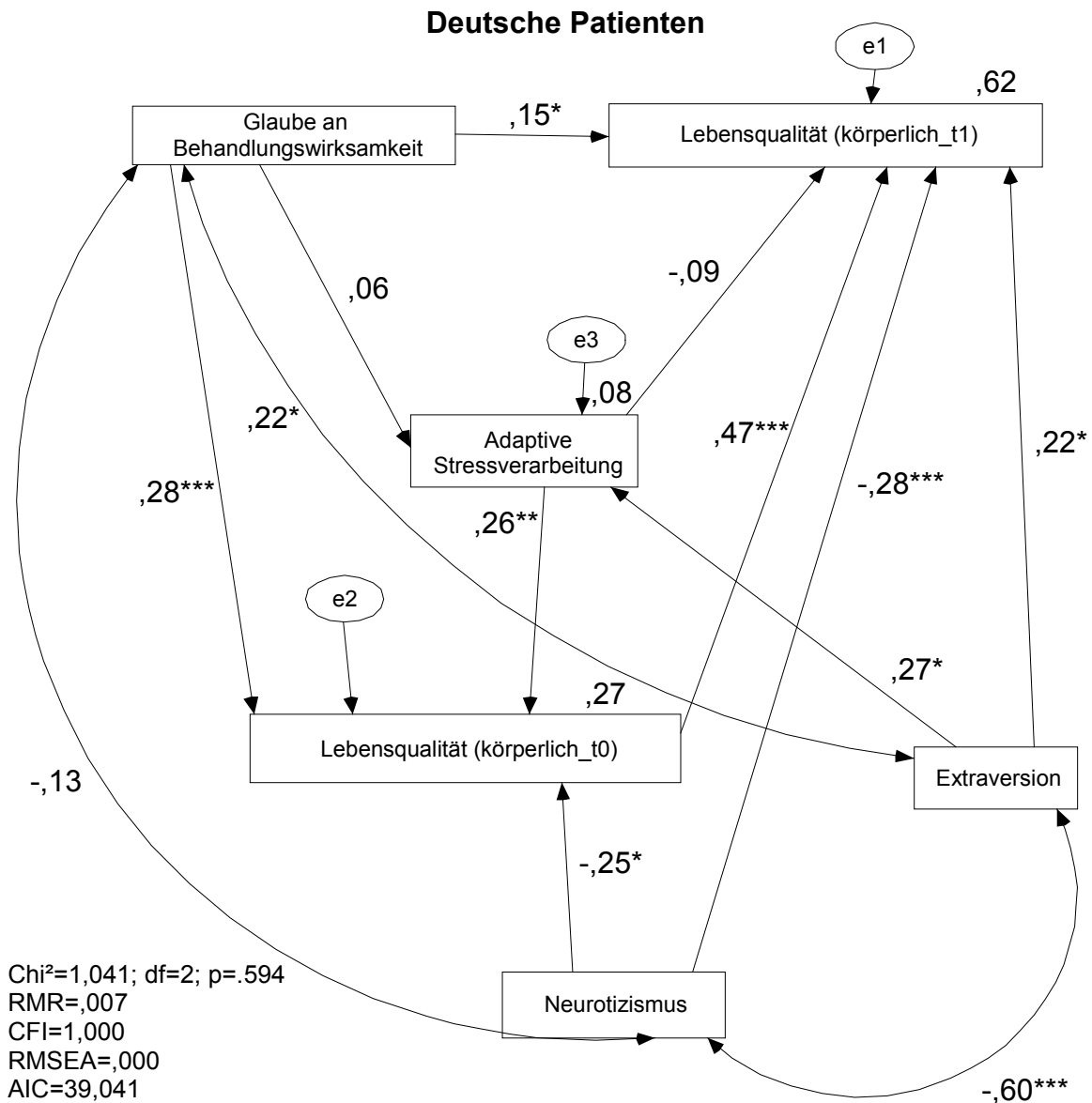


Abbildung 73: Stressverarbeitungs-Mediator-Modell mit Prädiktor „Glaube an Behandlungswirksamkeit (IPQR-GI)“ und Behandlungsergebnis-Indikator „Subjektive Lebensqualität im körperlichen Bereich (WHOQOL-BREF)“ bei deutschen Patienten mit standardisierten Werten und Fit-Indizes mit \*\*\* =  $p < .001$ , \*\* =  $p < .005$ , \* =  $p < .05$ .

Während bei deutschen Patienten der Glaube an die Behandlungswirksamkeit keinen Effekt auf die psychische Lebensqualität hatte, gab es in der türkischen Gruppe neben einem direkten Effekt auf den t1-Wert indirekte Effekte über adaptive Stressverarbeitung und über den t0-Wert. Die Persönlichkeit hatte in beiden Gruppen ähnliche Effekte (siehe Abbildungen 74 & 75).

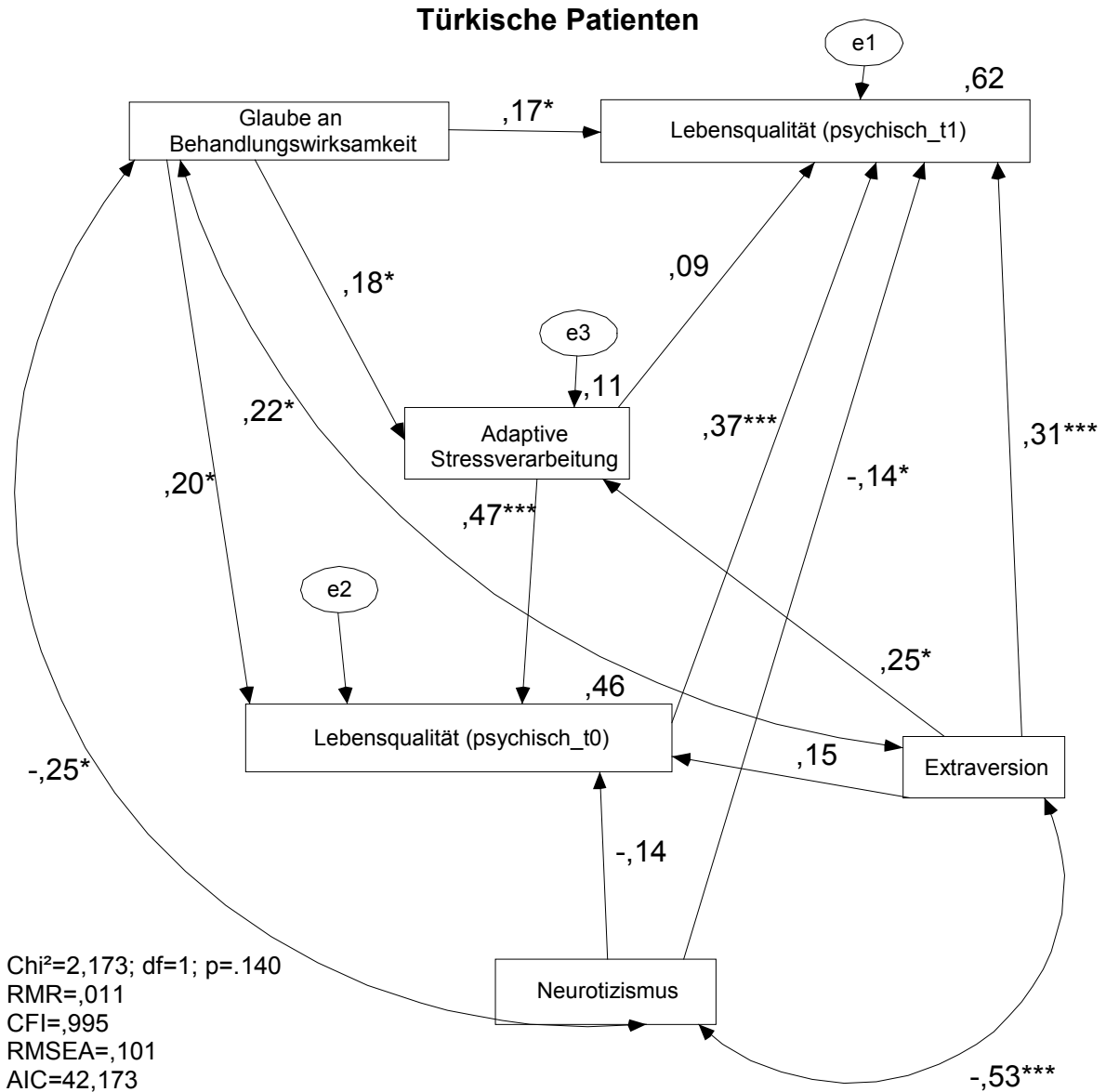


Abbildung 74: Stressverarbeitungs-Mediator-Modell mit Prädiktor „Glaube an Behandlungswirksamkeit (IPQR-GI)“ und Behandlungsergebnis- Indikator „Subjektive Lebensqualität im psychischen Bereich (WHOQOL-BREF)“ bei türkischen Patienten mit standardisierten Werten und Fit-Indizes mit \*\*\* = p<.001, \*\*= p<.005, \*= p<.05.

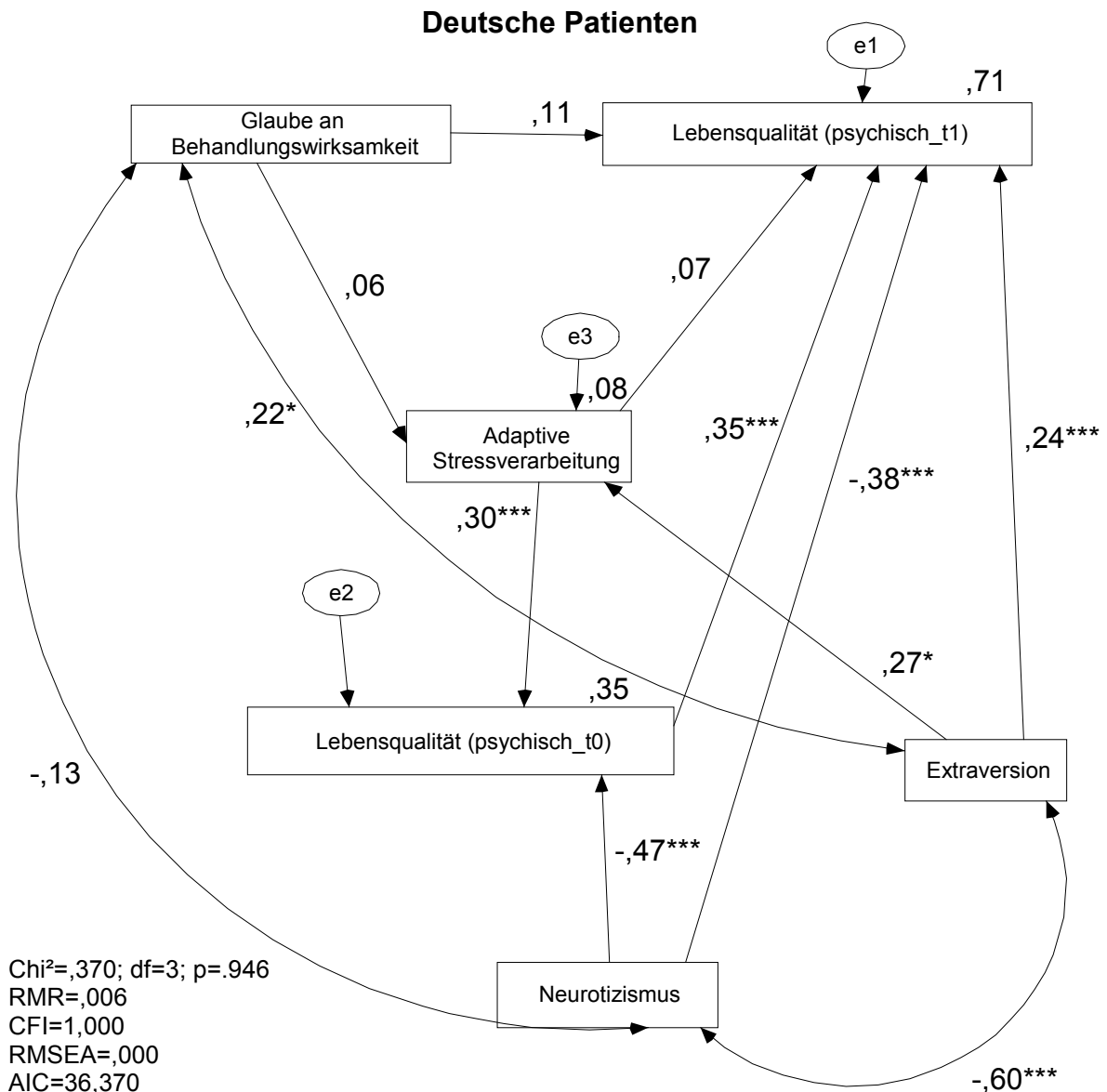


Abbildung 75: Stressverarbeitungs-Mediator-Modell mit Prädiktor „Glaube an Behandlungswirksamkeit (IPQR-GI)“ und Behandlungsergebnis-Parameter „Subjektive Lebensqualität im psychischen Bereich (WHOQOL-BREF)“ bei deutschen Patienten mit standardisierten Werten und Fit-Indizes mit \*\*\* =  $p < .001$ , \*\* =  $p < .005$ , \* =  $p < .05$

Weitere indirekte Effekte der Überzeugung von der Behandlungswirksamkeit auf die Behandlungsergebnis-Kriterien ergaben sich in der türkischen Stichprobe bei sozialer, umweltbezogener und globaler Lebensqualität entsprechend der Hypothesen über die Förderung adaptiver Stressverarbeitung, während bei deutschen Patienten direkte Effekte auf die umweltbezogene und globale Lebensqualität gefunden werden konnten (siehe Anhang 39).

Bei deutschen und türkischen Patienten konnten keine signifikanten Effekte des Glaubens an die Behandlungswirksamkeit auf den CGI (Schwere der Erkrankung) und GAF (globales Funktionsniveau) gefunden werden. Es zeigte sich nur bei deutschen Patienten eine Förderung des GAF-Werte bei t1 durch Extraversi- on über den GAF-t0-Wert. Adaptive Stressverarbeitung vermittelte entgegen der Hypothesen in beiden Stichproben keine Effekte der Persönlichkeit und des Glaubens an die Behandlungswirksamkeit auf die GAF- und CGI-Werte (siehe Abbildungen 76-79).

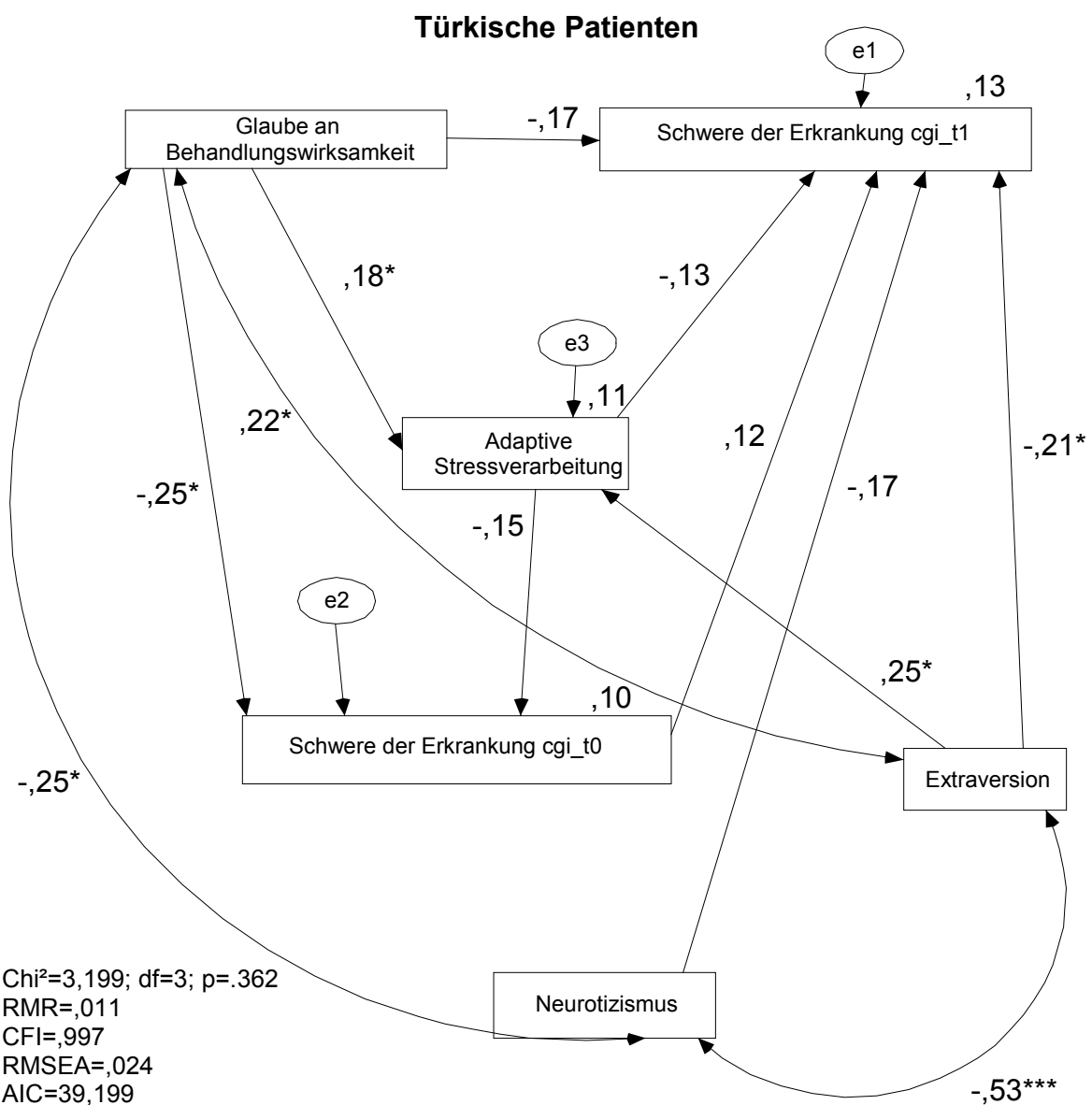


Abbildung 76: Stressverarbeitungs-Mediator-Modell mit Prädiktor „Glaube an Behandlungswirksamkeit (IPQR-GI)“ und Behandlungsergebnis- Indikator „Clinical Global Impressions CGI (Arzt-einschätzung)“ bei türkischen Patienten mit standardisierten Werten und Fit-Indizes mit \*\*\* =  $p < .001$ , \*\* =  $p < .005$ , \* =  $p < .05$ .

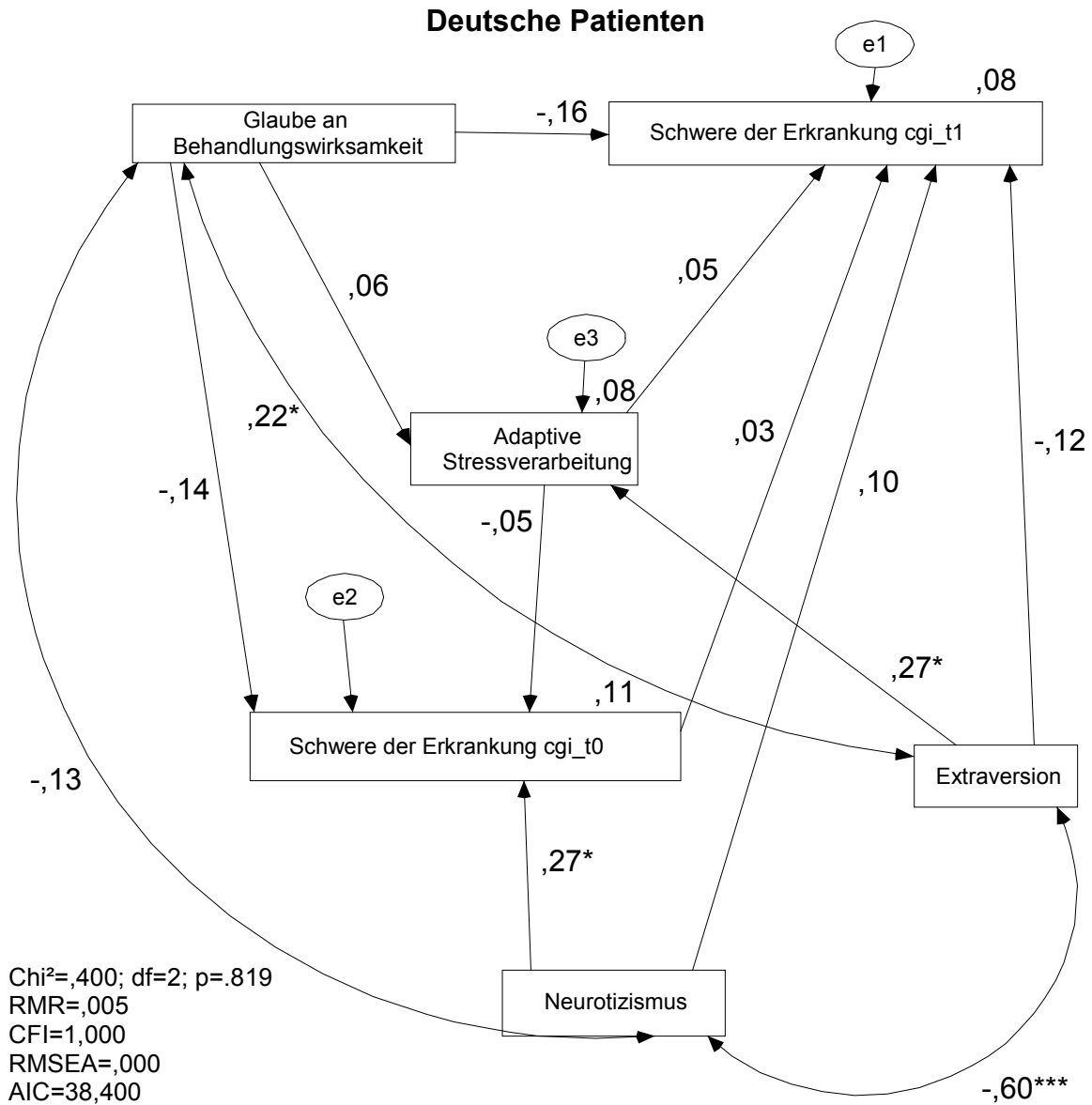


Abbildung 77: Stressverarbeitungs-Mediator-Modell mit Prädiktor „Glaube an Behandlungswirksamkeit (IPQR-GI)“ und Behandlungsergebnis- Indikator „Clinical Global Impressions CGI (Arzt-einschätzung)“ bei deutschen Patienten mit standardisierten Werten und Fit-Indizes mit \*\*\* =  $p < .001$ , \*\* =  $p < .005$ , \* =  $p < .05$ .

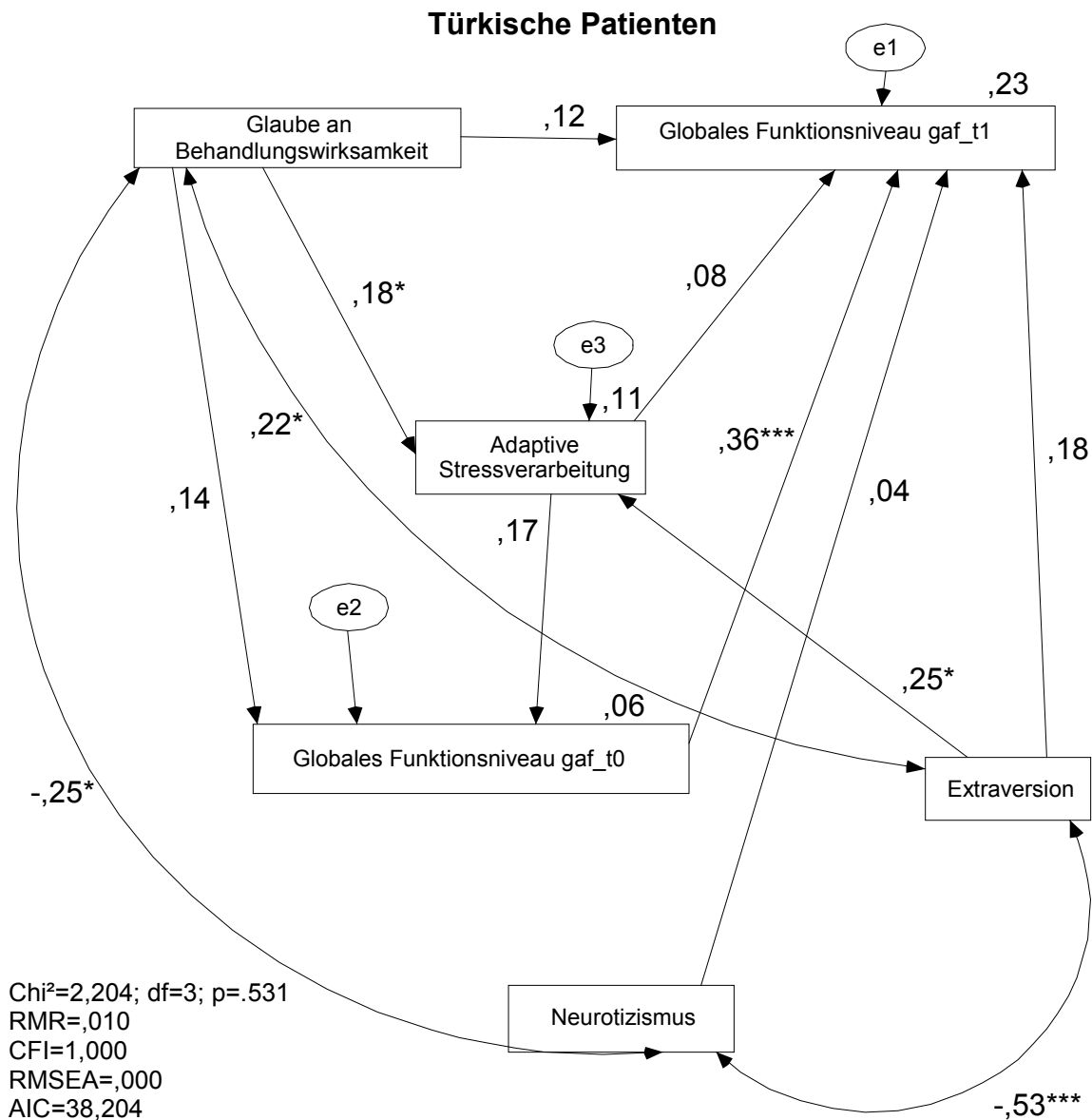


Abbildung 78: Stressverarbeitungs-Mediator-Modell mit Prädiktor „Glaube an Behandlungswirksamkeit (IPQR-GI)“ und Behandlungsergebnis- Indikator „Globales Funktionsniveau GAF (Arzt-einschätzung)“ bei türkischen Patienten mit standardisierten Werten und Fit-Indizes mit \*\*\* = p<.001, \*\*= p<.005, \*= p<.05.

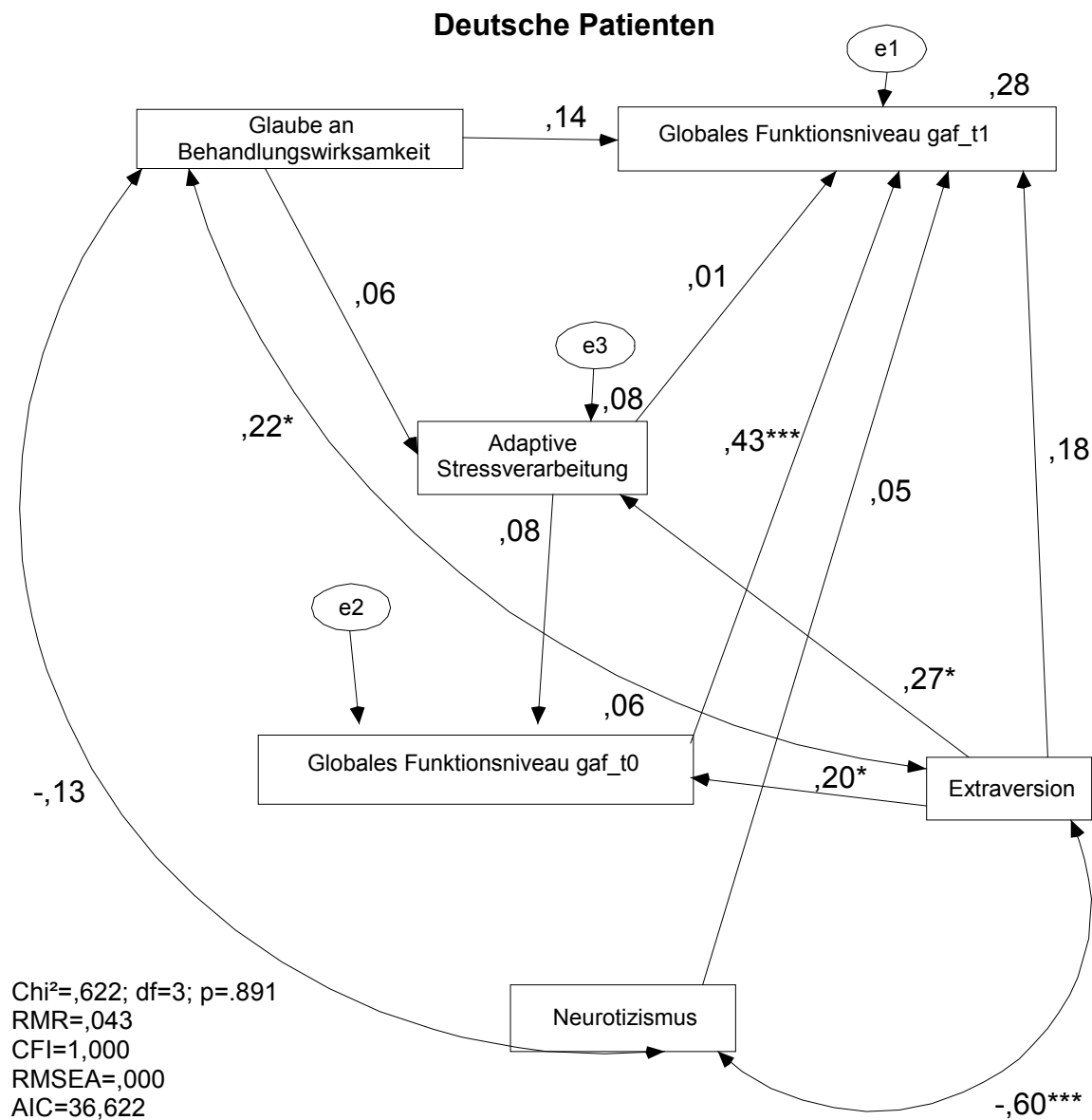


Abbildung 79: Stressverarbeitungs-Mediator-Modell mit Prädiktor „Glaube an Behandlungswirksamkeit (IPQR-GI)“ und Behandlungsergebnis- Indikator „Globales Funktionsniveau GAF (Arzt-einschätzung)“ bei deutschen Patienten mit standardisierten Werten und Fit-Indizes mit \*\*\* =  $p < .001$ , \*\* =  $p < .005$ , \* =  $p < .05$ .

Bezüglich des BSS ergaben sich lediglich bei türkischen Patienten direkte und indirekte Effekte des Glaubens an die Behandlungswirksamkeit. Je weniger tür-

kische Patienten von der Wirksamkeit der Behandlung überzeugt waren, desto stärker beeinträchtigt waren die Arzteinschätzungen bei Entlassung t1. Ausserdem führte ein starker Glaube an die Behandlungswirksamkeit hypothesenkonform zu einer Steigerung adaptiver Stressverarbeitung, welche dann wiederum ein reduzierte Beeinträchtigungsschwere bei t0 vorhersagte (siehe Abbildungen 80 & 81).

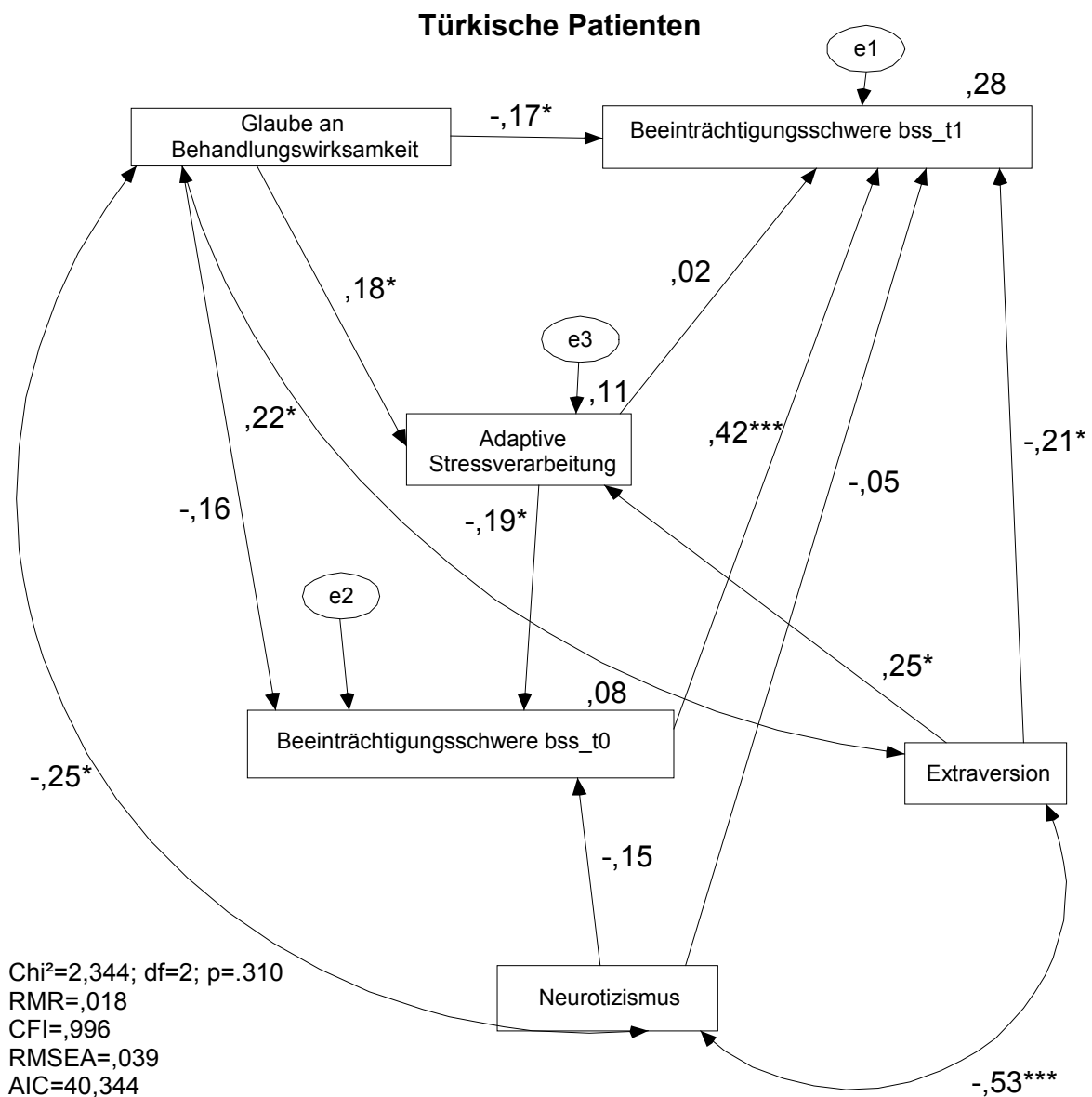


Abbildung 80: Stressverarbeitungs-Mediator-Modell mit Prädiktor „Glaube an Behandlungswirksamkeit (IPQR-GI)“ und Behandlungsergebnis- Indikator „Beeinträchtigungs-Schwere Score BSS (Arzteinschätzung)“ bei türkischen Patienten mit standardisierten Werten und Fit-Indizes mit \*\*\* =  $p < .001$ , \*\* =  $p < .005$ , \* =  $p < .05$ .



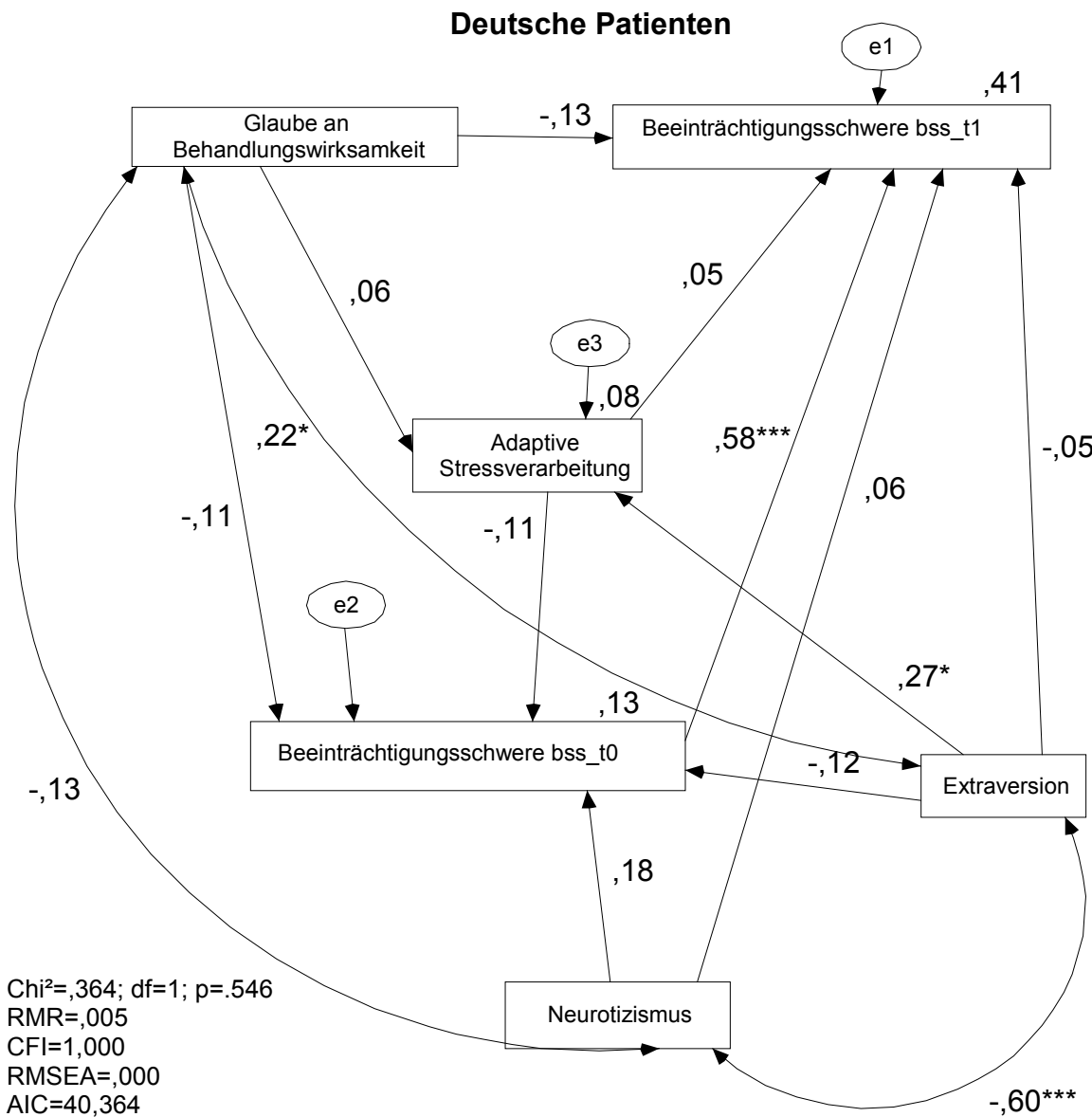


Abbildung 81: Stressverarbeitungs-Mediator-Modell mit Prädiktor „Glaube an Behandlungswirksamkeit (IPQR-GI)“ und Behandlungsergebnis- Indikator „Beeinträchtigungs-Schwere Score BSS (Arzteinschätzung)“ bei deutschen Patienten mit standardisierten Werten und Fit-Indizes mit \*\*\* =  $p < .001$ , \*\* =  $p < .005$ , \* =  $p < .05$ .

Der Glaube an den persönlichen Einfluss auf die Erkrankung hatte ähnliche direkte und indirekte Effekte wie der Glaube an die Behandlungswirksamkeit. So zeigte sich bei türkischen Patienten ein direkter Effekt auf gsi\_t1 (Subjektive

Symptombelastung), jedoch wurden keine indirekten Effekte über adaptive Stressverarbeitung vermittelt. Bei deutschen Patienten blieben Effekte auf die subjektive Symptombelastung aus. Bezüglich subjektiver Lebensqualität ergaben sich hauptsächlich indirekte Effekte, z.B. bei türkischen Patienten über den t0-Wert auf die körperliche Lebensqualität t1 und die globale Lebensqualität t1, bei deutschen Patienten ebenso auf die körperliche Lebensqualität t1 und über adaptive Stressverarbeitung auf den t0-Wert der körperlichen, psychischen und globalen Lebensqualität. Während in der türkischen Gruppe ein schwacher Glaube an den persönlichen Einfluss zu hohen cgi\_t0 –Werten führte, trug die gleiche Ausprägung bei deutschen Patienten direkt zu hohen cgi\_t1-Werten bei. Auf das globale Funktionsniveau GAF fehlten in beiden Gruppen bedeutsame Effekte dieser Krankheitsvorstellung, während sie nur bei türkischen Patienten eine niedrige Beeinträchtigungsschwere BSS zu beiden Messzeitpunkten prädizierte (siehe Anhang 39).

Die Fit-Indizes waren in fast allen Fällen akzeptabel. So konnte das Stressverarbeitungs-Mediator-Modell auf die türkische als auch auf die deutsche Stichprobe angewendet werden, wobei sich zwischen den Gruppen leichte Unterschiede in der Modellierung ergaben (z.B. bezüglich der Zusammenhänge einzelner inkludierter Prädiktoren oder der direkten Effekte der Prädiktoren auf die Behandlungsergebnis-Parameter). Es ergaben sich in Abhängigkeit der Behandlungsergebnis-Indikatoren und der inkludierten Subskalen des IPQ-R-GI unterschiedliche Ergebnisse, insbesondere in Anbetracht der hypothetisierten Mediatorfunktionen der Stressverarbeitung. Maladaptive und adaptive Stressverarbeitung wirkten fast ausschließlich auf die t0-Werte und vermittelten darüber Effekte subjektiver Krankheitskonzepte und der Persönlichkeit auf die t1- Werte der jeweiligen Behandlungsergebnis-Parameter (siehe Tabelle 69 & 70).

Tabelle 69: Ergebnisse zum **Stressverarbeitungs-Mediator-Modell** für die **türkische Gruppe mit psychiatrischen Diagnosen**

<b>Prädiktor</b>	<b>Mediator</b>	<b>Behandlungsergebnis-Indikator</b>
Chronischer Krankheitsverlauf ↑	Maladaptive Stressverarbeitung ↑	GSI_t0 ↑
		Lebensqualität: psychisch_t0 ↓
		CGI_t1 ↓
Zyklischer Krankheitsverlauf ↑	Maladaptive Stressverarbeitung ↑	GSI_t0 ↑
		Lebensqualität: körperlich_t0 ↓
		Lebensqualität: psychisch_t0 ↓
		Lebensqualität: Umwelt_t0 ↓
		Lebensqualität: allgemein_t0 ↓
		CGI_t0 ↑ CGI_t1 ↓
		GAF_t0 ↓
BSS_t0 ↑		
Negative Konsequenzen ↑	Maladaptive Stressverarbeitung ↑	GSI_t0 ↑
		Lebensqualität: psychisch_t0 ↓
		CGI_t0 ↑ CGI_t1 ↓
		GAF_t0 ↓
BSS_t0 ↑		
Emotionale Reaktionen ↑	Maladaptive Stressverarbeitung ↑	GSI_t0 ↑
		Lebensqualität: Umwelt_t0 ↓
		CGI_t0 ↑ CGI_t1 ↓
		GAF_t0 ↓
BSS_t0 ↑		
Neurotizismus ↑	Maladaptive Stressverarbeitung ↑	GSI_t0 ↑,
		Lebensqualität: psychisch_t0 ↓
		Lebensqualität: körperlich_t0 ↓
		Lebensqualität: Umwelt_t0 ↓
		Lebensqualität: allgemein_t0 ↓
		CGI_t0 ↑ CGI_t1 ↓
		GAF_t0 ↓
BSS_t0 ↑		
<b>Prädiktor</b>	<b>Mediator</b>	<b>Behandlungsergebnis-Indikator</b>
Behandlungswirksamkeit ↑	Adaptive Stressverarbeitung ↑	GSI_t0 ↓
		Lebensqualität: körperlich_t0 ↑
		Lebensqualität: psychisch_t0 ↑
		Lebensqualität: sozial_t0 ↑
		Lebensqualität: Umwelt_t0 ↑
		Lebensqualität: allgemein_t0 ↑
BSS_t0 ↓		
Persönlicher Einfluss ↑	Kein direkter Effekt auf adaptive Stressverarbeitung	<b>x</b>
Extraversion ↑	Adaptive Stressverarbeitung ↑	GSI_t0 ↓
		Lebensqualität: körperlich_t0 ↑
		Lebensqualität: psychisch_t0 ↑
		Lebensqualität: sozial_t0 ↑
		Lebensqualität: Umwelt_t0 ↑
		Lebensqualität: allgemein_t0 ↑
BSS_t0 ↓		

Tabelle 70: Ergebnisse zum **Stressverarbeitungs-Mediator-Modell** für die **deutsche Gruppe mit psychiatrischen Diagnosen**

Prädiktor	Mediator	Behandlungsergebnis-Indikator			
Chronischer Krankheitsverlauf ↑	Kein direkter Effekt auf maladaptive Stressverarbeitung	<b>x</b>			
Zyklischer Krankheitsverlauf ↑	Maladaptive Stressverarbeitung ↑	GSI_t0 ↑			
		Lebensqualität: psychisch_t0 ↓			
		Lebensqualität: sozial_t0 ↓			
		CGI_t0 ↑			
		GAF_t0 ↓			
Negative Konsequenzen ↑	Maladaptive Stressverarbeitung ↑	GSI_t0 ↑			
		Lebensqualität: psychisch_t0 ↓			
		Lebensqualität: sozial_t0 ↓			
		CGI_t0 ↑			
		GAF_t0 ↓			
Emotionale Reaktionen ↑	Maladaptive Stressverarbeitung ↑	GSI_t0 ↑			
		Lebensqualität: psychisch_t0 ↓			
		Lebensqualität: sozial_t0 ↓			
		CGI_t0 ↑			
		GAF_t0 ↓			
Neurotizismus ↑	Maladaptive Stressverarbeitung ↑	GSI_t0 ↑,			
		Lebensqualität: psychisch_t0 ↓			
		Lebensqualität: sozial_t0 ↓			
		CGI_t0 ↑			
		GAF_t0 ↓			
Prädiktor	Mediator	Behandlungsergebnis-Indikator			
			Behandlungswirksamkeit ↑	Kein direkter Effekt auf adaptive Stressverarbeitung	<b>x</b>
			Persönlicher Einfluss ↑	Adaptive Stressverarbeitung ↑	Lebensqualität: körperlich_t0 ↑
					Lebensqualität: psychisch_t0 ↑
					Lebensqualität: allgemein_t0 ↑
Extraversion ↑	Adaptive Stressverarbeitung ↑	Lebensqualität: körperlich_t0 ↑			
		Lebensqualität: psychisch_t0 ↑			
		Lebensqualität: allgemein_t0 ↑			

### 3.10.2 Behandlungsmotivations-Mediator-Modell

Im Rahmen des Behandlungsmotivations-Mediator-Modells wurde überprüft, ob die arzteingeschätzte Behandlungsmotivation Effekte des Glaubens an die Behandlungswirksamkeit, des Glaubens an den eigenen Einfluss auf die Erkrankung und des Rentenwunsches auf Behandlungsergebnisse vermittelt. Dazu wurden je 18 Modellberechnungen für die deutsche und türkische Gruppe mit

psychiatrischen Diagnosen durchgeführt. Variiert wurden dabei 2 Skalen des IQ-R-GI (persönlicher Einfluss und Behandlungswirksamkeit) mit 9 Behandlungsergebnis-Parametern (GSI, 5 WHOQOL-BREF-Skalen, CGI, GAF und BSS).

In der türkischen und deutschen Stichprobe ergab sich eine signifikant negative Korrelation zwischen dem Glauben an einen persönlichen Einfluss und Rentenwünschen. Bei deutschen Patienten prädizierten außerdem ein starker Glaube an den persönlichen Einfluss und schwach ausgeprägte Rentenwünsche eine hohe Behandlungsmotivation. Die Behandlungsmotivation eignete sich nicht als Mediator der Effekte von Rentenwünschen und subjektiven Krankheitsvorstellungen auf die subjektive Symptombelastung. Ein starker Rentenwunsch prädizierte in der türkischen und deutschen Gruppe eine hohe subjektive Symptombelastung zu t0, die wiederum bester Prädiktor der Symptombelastung zu t1 war. Der Glaube an den persönlichen Einfluss wirkte sich lediglich in der türkischen Stichprobe direkt auf die subjektive Symptombelastung bei Entlassung t1 aus (siehe Abbildungen 82 & 83).

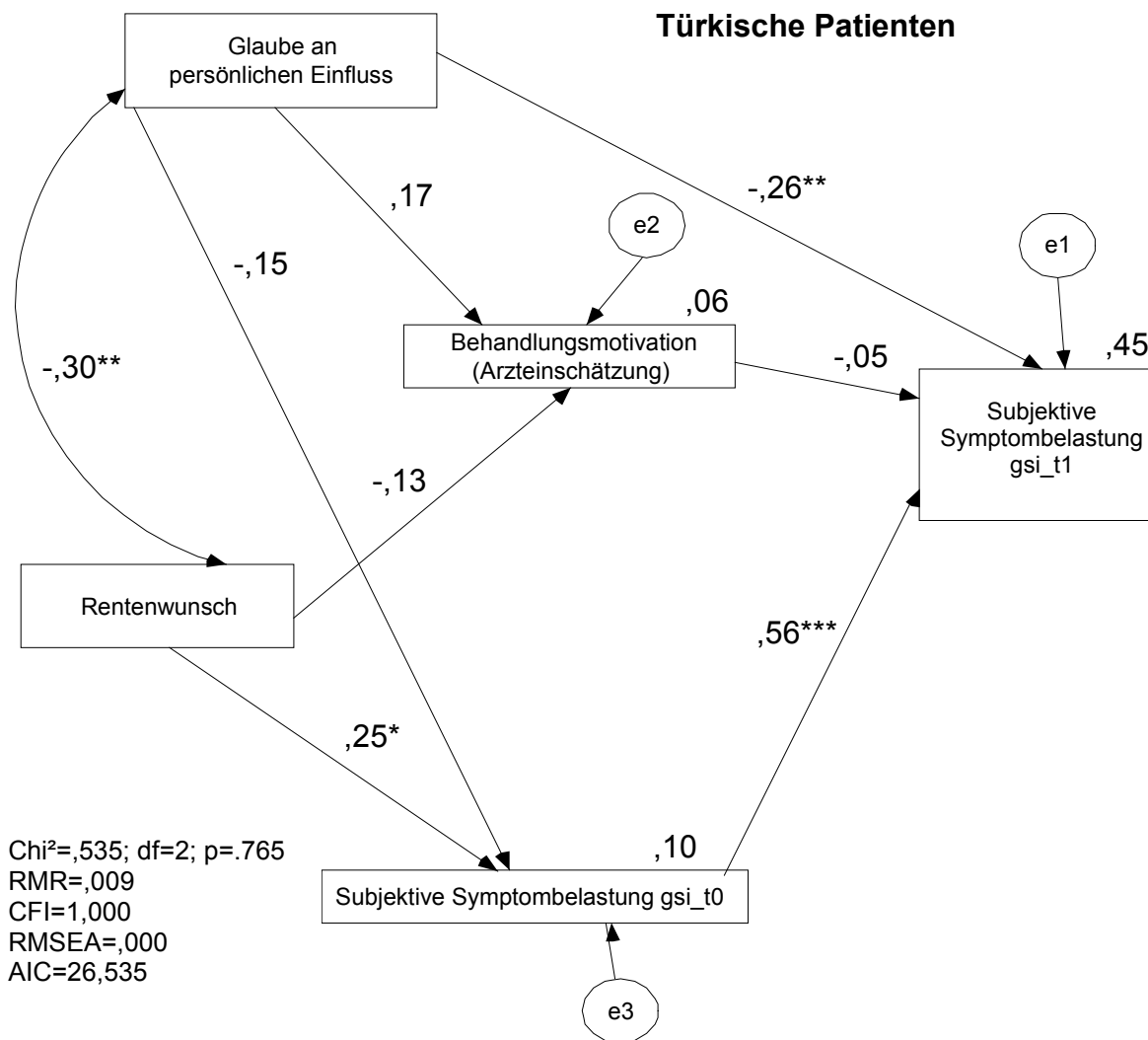


Abbildung 82: Behandlungsmotivations-Mediator-Modell mit Prädiktor „Glaube an persönlichen Einfluss (IPQ-R-GI)“ und Behandlungsergebnis-Indikator „Subjektive Symptombelastung GSI (BSI)“ bei türkischen Patienten mit standardisierten Werten und Fit-Indizes mit \*\*\* =  $p < .001$ , \*\* =  $p < .005$ , \* =  $p < .05$ .

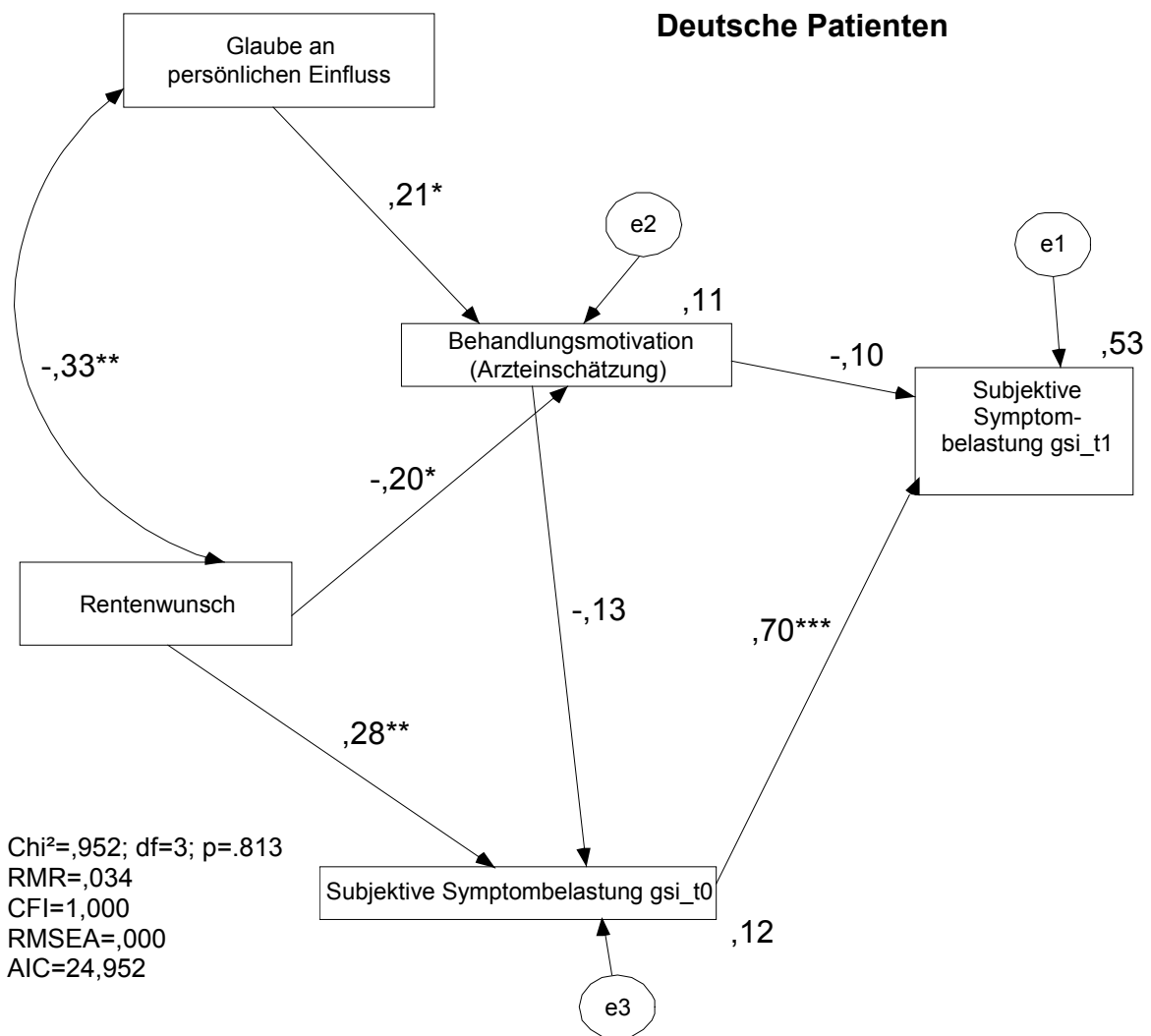


Abbildung 83: Behandlungsmotivations-Mediator-Modell mit Prädiktor „Glaube an persönlichen Einfluss (IPQ-R-GI)“ und Behandlungsergebnis-Indikator „Subjektive Symptombelastung GSI (BSI)“ bei deutschen Patienten mit standardisierten Werten und Fit-Indizes mit \*\*\* =  $p < .001$ , \*\* =  $p < .005$ , \* =  $p < .05$ .

Bei türkischen -Patienten eignete sich die Behandlungsmotivation ebenso wenig als Prädiktor für körperliche Lebensqualität. Ein starker Rentenwunsch führte zu einer niedrigen Lebensqualität im körperlichen Bereich bei Aufnahme t0, die wiederum den t1-Wert prädizierte. Bei deutschen Patienten wurde der indirekte Effekt des Rentenwunsches nicht nur über eine Reduktion des t0-Wertes auf den t1-Wert vermittelt, sondern auch entsprechend der Hypothese über die Reduktion der Behandlungsmotivation, die sich direkt positiv auf den t1-Wert auswirkte. Die Behandlungsmotivation vermittelte wie hypothetisiert bei deutschen Patienten auch einen positiven Effekt des Glaubens an den persönlichen Einfluss auf den t1-Wert (siehe Abbildungen 84 & 85).

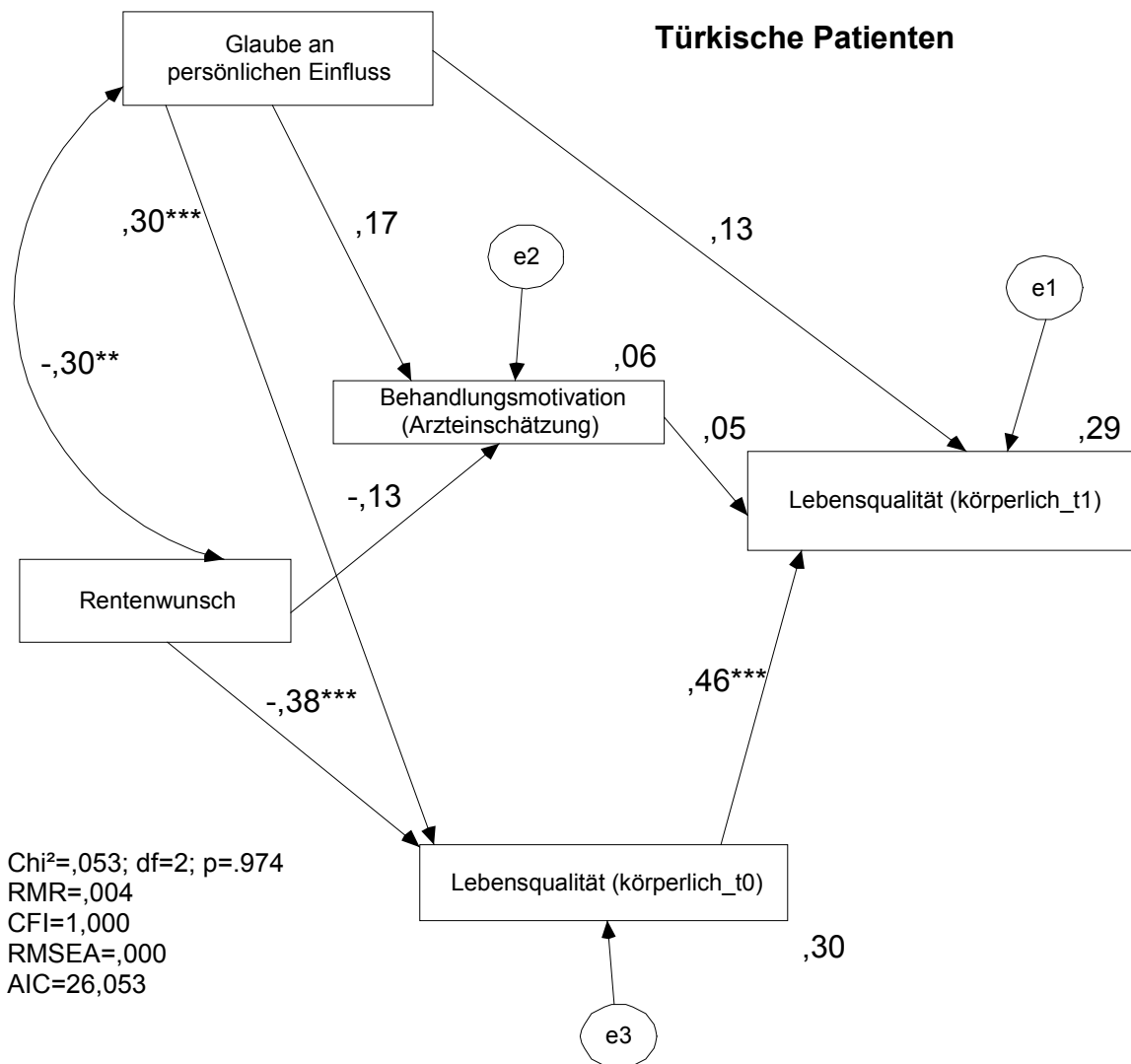


Abbildung 84: Behandlungsmotivations-Mediator-Modell mit Prädiktor „Glaube an persönlichen Einfluss (IPQ-R-GI)“ und Behandlungsergebnis-Indikator „Subjektive Lebensqualität im körperlichen Bereich (WHOQOL-BREF)“ bei türkischen Patienten mit standardisierten Werten und Fit-Indizes mit \*\*\* =  $p < .001$ , \*\* =  $p < .005$ , \* =  $p < .05$ .



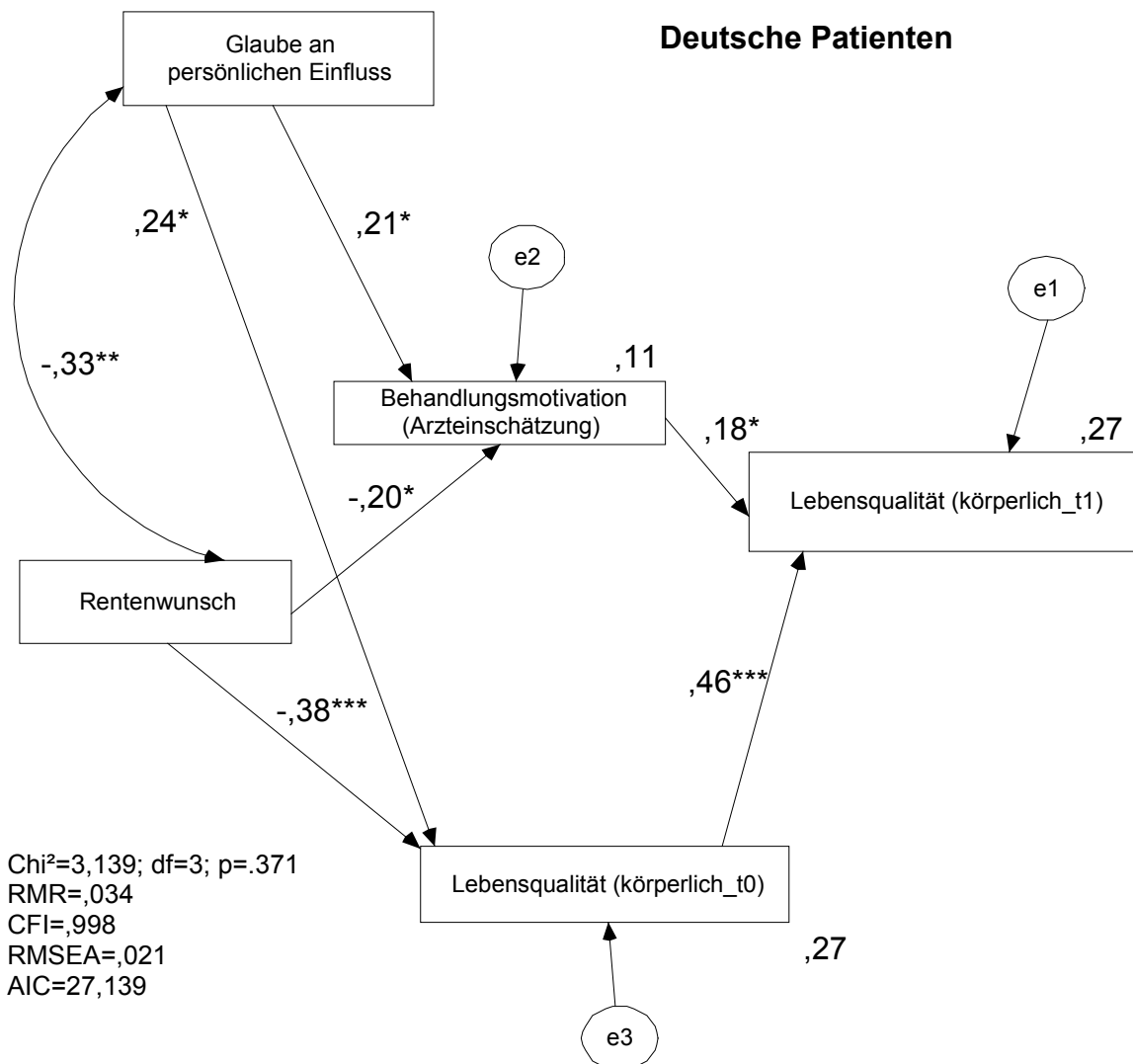


Abbildung 85: Behandlungsmotivations-Mediator-Modell mit Prädiktor „Glaube an persönlichen Einfluss (IPQ-R-GI)“ und Behandlungsergebnis-Indikator „Subjektive Lebensqualität im körperlichen Bereich (WHOQOL-BREF)“ bei deutschen Patienten mit standardisierten Werten und Fit-Indizes mit \*\*\* =  $p < .001$ , \*\* =  $p < .005$ , \* =  $p < .05$ .

Im Rahmen der psychischen Lebensqualität wirkte der Rentenwunsch bei türkischen Patienten indirekt über den t0-Wert auf den t1-Wert, bei deutschen Patienten gab es zusätzlich eine direkte negative Wirkung des Rentenwunsches auf den t1-Wert der psychischen Lebensqualität. Während bei türkischen Patienten bezüglich umweltbezogener Lebensqualität keine Effekte von Rentenwünschen und Behandlungsmotivation gefunden werden konnten, zeigten sich bei deutschen Patienten hypothesenkonform indirekte Effekte des Rentenwunsches über die Reduktion der Behandlungsmotivation auf die umweltbezogene Lebensqualität bei t0. Im Kontext der globalen Lebensqualität existierte bei türkischen

Patienten ein indirekter Effekt des Rentenwunsches über die Reduktion des t0-Wertes auf den t1-Wert, bei deutschen Patienten hingegen galt wieder die Behandlungsmotivation als Mediator der Effekte des Glaubens an den persönlichen Einflusses und der Rentenwünsche auf die globale Lebensqualität bei Entlassung t1. Die Ergebnisse zu den Arzteinschätzungen befinden sich ebenfalls in Anhang 40.

Bei den Modellberechnungen mit der Skala „Behandlungswirksamkeit“ konnte in beiden Gruppen eine negative Korrelation zwischen dem Glauben an die Behandlungswirksamkeit und dem Rentenwunsch gefunden werden. Bei deutschen Patienten prädizierte ein hoher Rentenwunsch zusätzlich niedrige Behandlungsmotivation. Nur bei deutschen Patienten funktionierte die Behandlungsmotivation als Mediator zwischen Rentenwunsch und subjektiver Lebensqualität im sozialen, umweltbezogenen und globalen Bereich. Bei der Modellkombination mit der Skala „Persönlicher Einfluss“ medierte die Behandlungsmotivation zudem den Effekt vom Rentenwunsch auf die körperliche Lebensqualität bei t1. Bezüglich der Arzteinschätzungen als Outcome-Maße ergaben sich bis auf wenige Abweichungen ähnliche Ergebnisse wie bei den Modellberechnungen mit der Skala „Persönlicher Einfluß“ (siehe Anhang 40).

Zusammenfassend traf nur für die deutsche Gruppe partiell eine medierende Funktion der Behandlungsmotivation zu, wie sie hypothetisiert wurde (siehe Tabellen 71 & 72).

Tabelle 71: Ergebnisse zum **Behandlungsmotivations-Mediator-Modell** für die **türkische Gruppe mit psychiatrischen Diagnosen**

Prädiktor	Mediator	Behandlungsergebnis- Indikator
Behandlungswirksamkeit ↑	Kein direkter Effekt auf Behandlungsmotivation	x
Persönlicher Einfluss ↑	Kein direkter Effekt auf Behandlungsmotivation	x
Rentenwunsch ↑	Kein direkter Effekt auf Behandlungsmotivation	x

Tabelle 72: Ergebnisse zum **Behandlungsmotivations-Mediator-Modell** für die **deutsche Gruppe mit psychiatrischen Diagnosen**

Prädiktor	Mediator	Behandlungsergebnis-Indikator
Behandlungswirksamkeit ↑	Kein direkter Effekt auf Behandlungsmotivation	x
Persönlicher Einfluss ↑	Behandlungsmotivation ↑	Lebensqualität: körperlich t1 ↑
		Lebensqualität: sozial_t0 & t1 ↑
		Lebensqualität: Umwelt_t0 ↑
		Lebensqualität: global_t1 ↑
		BSS_t0 ↓
Rentenwunsch ↑	Behandlungsmotivation ↓	Lebensqualität: körperlich t1 ↓
		Lebensqualität: sozial_t0 ↓ sozial_t1 ↓
		Lebensqualität: Umwelt_t0 ↓
		Lebensqualität: global_t1 ↓
		BSS_t0 ↑

### 3.10.3 Stress-Modell

Im Rahmen des Stress-Modells wurde überprüft, ob kritische Lebensereignisse, migrationsassoziierte Belastungen und soziale Unterstützung Effekte von Persönlichkeit, Coping und (sozialer Unterstützung) auf Behandlungsergebnisse vermitteln. Dazu wurden je 36 Modellberechnungen für die deutsche und türkische Stichprobe mit psychiatrischen Diagnosen durchgeführt. Dabei wurden die 9 Behandlungsergebnis-Parameter (GSI, 5 WHOQOL-BREF-Skalen, CGI, GAF und BSS) mit 2 Persönlichkeitsfaktoren (Neurotizismus, Extraversion) und 2 Indikatoren erlebten Stresses (Anzahl kritischer Lebensereignisse, Leiden unter Migrationsbelastungen bzw. äquivalenten Belastungen) kombiniert. Bei der Beschreibung der Ergebnisse wurden nur die Effekte von Persönlichkeit und Stressverarbeitung dargestellt, die mit sozialer Unterstützung und dem Stresserleben zusammenhängen, um eine Wiederholung der Ergebnisse des Stressverarbeitungs-Mediator-Modells, in dem ebenfalls durch Stressverarbeitung vermittelte Persönlichkeitseffekte auf die Behandlungsergebnis-Indikatoren dargestellt worden sind, zu vermeiden.

Bei der Kombination „kritische Lebensereignisse & Neurotizismus“ ergaben sich über alle zugehörigen Modellberechnungen bei türkischen und deutschen Patienten folgende Effekte:

- 1.) Eine hohe Ausprägung auf Neurotizismus prädizierte starke maladaptive Stressverarbeitung.
- 2.) Eine starke Ausprägung auf Neurotizismus prädizierte schwache adaptive Stressverarbeitung.
- 3.) Adaptive Stressverarbeitung prädizierte eine hohe soziale Unterstützung.

Während bei deutschen Patienten ein hoher Neurotizismus-Wert zu einer Vielzahl kritischer Lebensereignisse beitrug, führte bei türkischen Patienten adaptive Stressverarbeitung zu einer reduzierten Anzahl kritischer Lebensereignisse.

In der türkischen Gruppe entfaltete adaptive Stressverarbeitung hypothesenkonform einen indirekten Effekt auf die subjektive Symptombelastung bei Entlassung  $gsi\_t1$  über den direkten negativen Effekt auf kritische Lebensereignisse, die wiederum direkt eine hohe Symptombelastung  $t1$  vorhersagten. Auch deutsche Patienten mit vielen kritischen Lebensereignissen litten nach der Behandlung stärker unter ihren Beschwerden. Neurotizismus entfaltete in dieser Gruppe der Hypothese entsprechend über den direkten förderlichen Effekt auf kritische Lebensereignisse einen negativen Effekt auf die Symptombelastung bei  $t1$ . In beiden Gruppen eignete sich soziale Unterstützung weder als Prädiktor noch als Mediator (siehe Abbildungen 86 & 87).

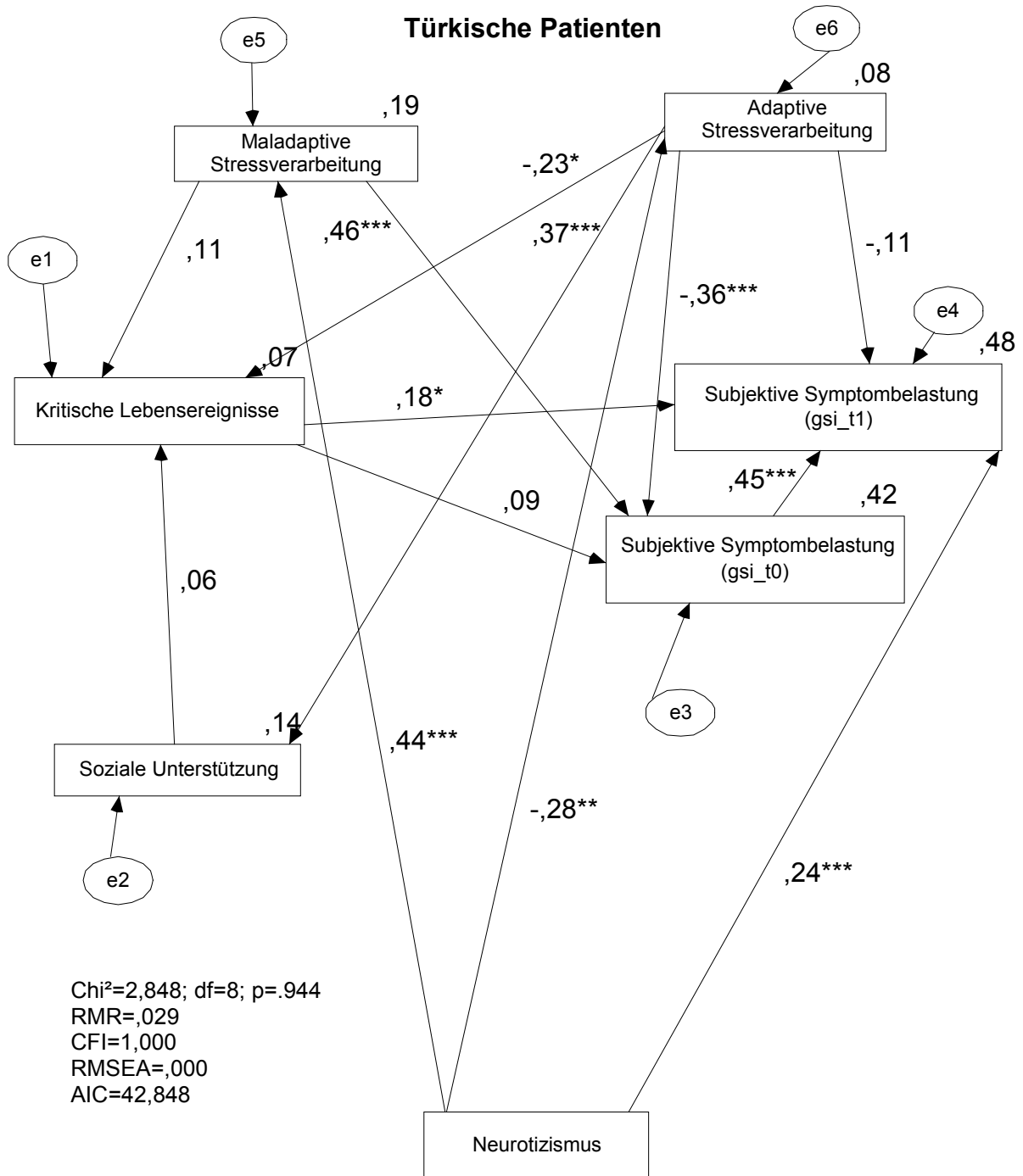


Abbildung 86: Stress-Modell mit den Prädiktoren „Kritische Lebensereignisse/ Neurotizismus“ und Behandlungsergebnis- Indikator „Subjektive Symptombelastung GSI (BSI)“ bei türkischen Patienten mit standardisierten Werten und Fit-Indizes mit \*\*\* = p<.001, \*\* = p<.005, \* = p<.05.

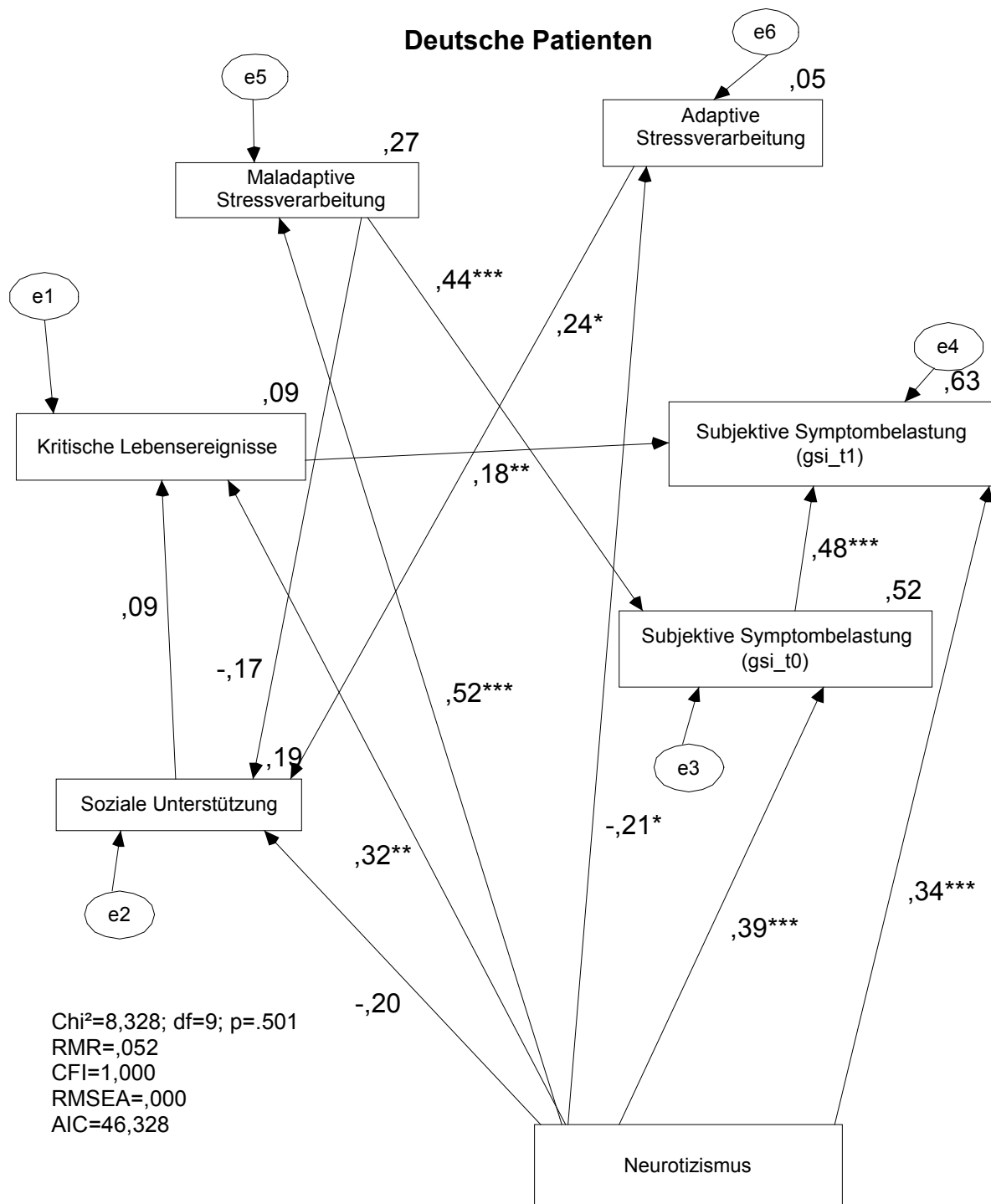


Abbildung 87: Stress-Modell mit den Prädiktoren „Kritische Lebensereignisse/ Neurotizismus“ und Behandlungsergebnis-Indikator „Subjektive Symptombelastung GSI (BSI)“ bei deutschen Patienten mit standardisierten Werten und Fit-Indizes mit \*\*\* = p<.001, \*\* = p<.005, \* = p<.05.

Bei türkischen Patienten wurde die Lebensqualität im körperlichen Bereich zu t1 direkt von sozialer Unterstützung vorhergesagt. Kritische Lebensereignisse hatten in dieser Gruppe keine Effekte auf das Behandlungsergebnis. In der deut-

schen Stichprobe hingegen führte eine hohe Anzahl kritischer Lebensereignisse direkt zu einer reduzierten körperlichen Lebensqualität bei Entlassung t1 und vermittelte hypothesenkonform Effekte des Neurotizismus (siehe Abbildungen 88 & 89).

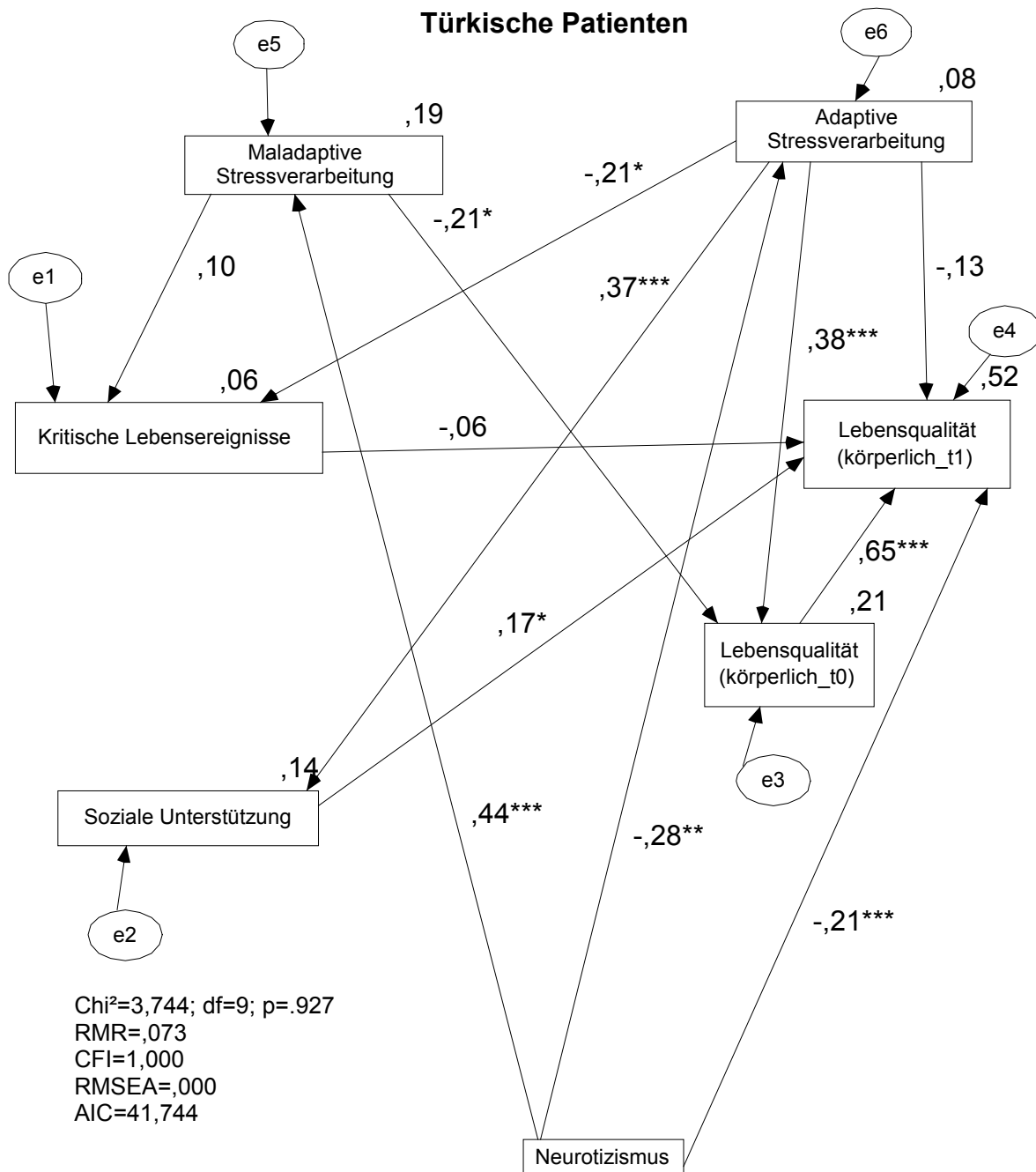


Abbildung 88: Stress-Modell mit den Prädiktoren „Kritische Lebensereignisse/ Neurotizismus“ und Behandlungsergebnis-Indikator „Subjektive Lebensqualität im körperlichen Bereich (WHOQOL-BREF)“ bei türkischen Patienten mit standardisierten Werten und Fit-Indizes mit \*\*\* =  $p < .001$ , \*\* =  $p < .005$ , \* =  $p < .05$ .

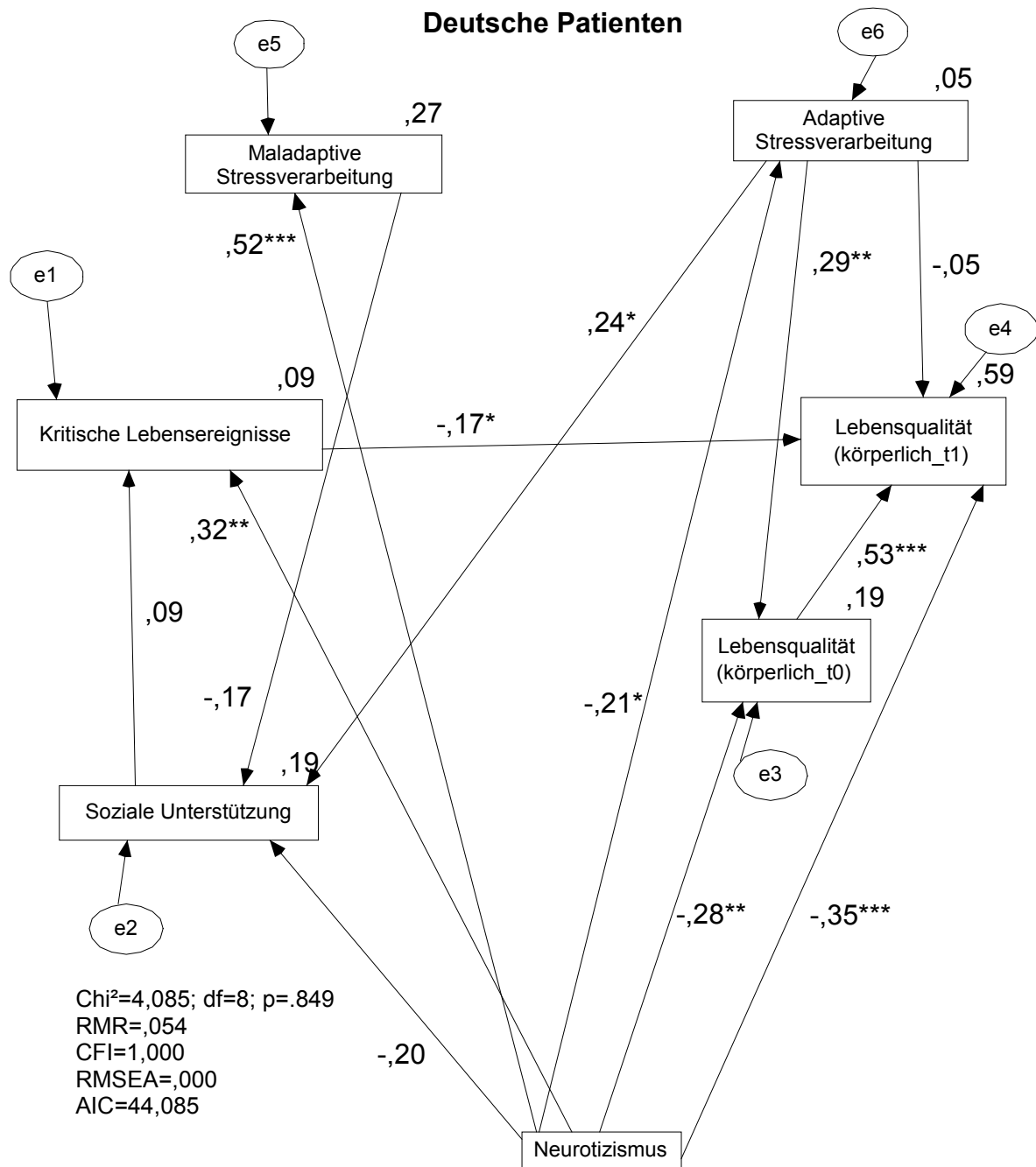


Abbildung 89: Stress-Modell mit den Prädiktoren „Kritische Lebensereignisse/ Neurotizismus“ und Behandlungsergebnis-Indikator „Subjektive Lebensqualität im körperlichen Bereich (WHOQOL-BREF)“ bei deutschen Patienten mit standardisierten Werten und Fit-Indizes mit \*\*\* =  $p < .001$ , \*\* =  $p < .005$ , \* =  $p < .05$ .

Bei Betrachtung des psychischen Wohlbefindens zeigten sich bei türkischen Patienten keine Effekte sozialer Unterstützung und kritischer Lebensereignisse. In der deutschen Gruppe hingegen gab es hypothesenkonform einen indirekten



Effekt von Neurotizismus über kritischer Lebensereignisse auf die psychische Lebensqualität bei Entlassung. Auch soziale Unterstützung wirkte indirekt über die Prädiktion eines hohen t0-Wertes auf die psychische Lebensqualität bei Entlassung. Zudem entfaltete adaptive Stressverarbeitung entsprechend der Hypothese bei deutschen Patienten über die Förderung sozialer Unterstützung positive indirekte Effekt auf die psychische Lebensqualität bei Aufnahme. Die Ergebnisse bezüglich der anderen Lebensqualitätsfacetten befinden sich in Anhang 41.

Für die Arzteinschätzungs-Kriterien CGI und GAF spielten kritische Lebensereignisse und soziale Unterstützung in beiden Stichproben keine signifikante Rolle als Prädiktor, ebensowenig für den BSS in der türkischen Stichprobe. Bei deutschen Patienten hingegen konnte ein hypothesenkonformer indirekter Effekt des Neurotizismus über eine Erhöhung kritischer Lebensereignisse auf die Beeinträchtigungsschwere BSS bei Entlassung nachgewiesen werden (siehe Anhang 41).

Auffallend ist, dass nur bei deutschen Patienten Neurotizismus über kritische Lebensereignisse indirekte Effekte auf Behandlungsergebnis-Indikatoren entfaltete, während bei türkischen Patienten indirekte Effekte adaptiver Stressverarbeitung über kritische Lebensereignisse vermittelt wurden (siehe Anhang 41; siehe Tabellen 73 & 74).

Bei den Modellberechnungen mit der Kombination „kritische Lebensereignisse und Extraversion“ prädizierte Extraversion in beiden Gruppen starke adaptive Stressverarbeitung und schwache maladaptive Stressverarbeitung, während adaptive Stressverarbeitung hohe soziale Unterstützung vorhersagte. In der türkischen Gruppe sagte darüber hinaus adaptive Stressverarbeitung wenig kritische Lebensereignisse vorher und Extraversion eine hohe soziale Unterstützung.

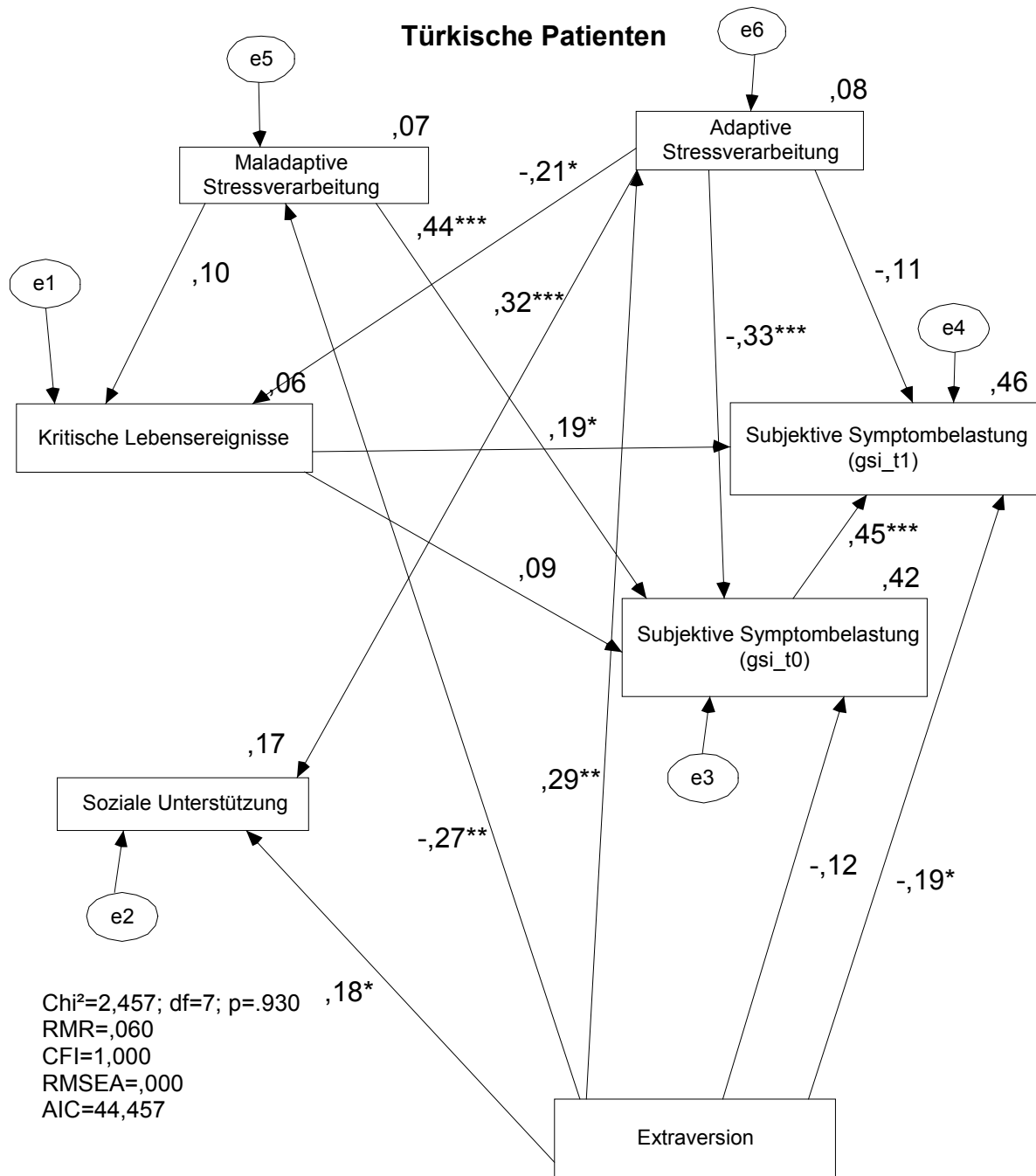


Abbildung 90: Stress-Modell mit den Prädiktoren „Kritische Lebensereignisse/Extraversion“ und Behandlungsergebnis-Indikator „Subjektive Symptombelastung GSI (BSI)“ bei türkischen Patienten mit standardisierten Werten und Fit-Indizes mit \*\*\* = p<.001, \*\* = p<.005, \* = p<.05.

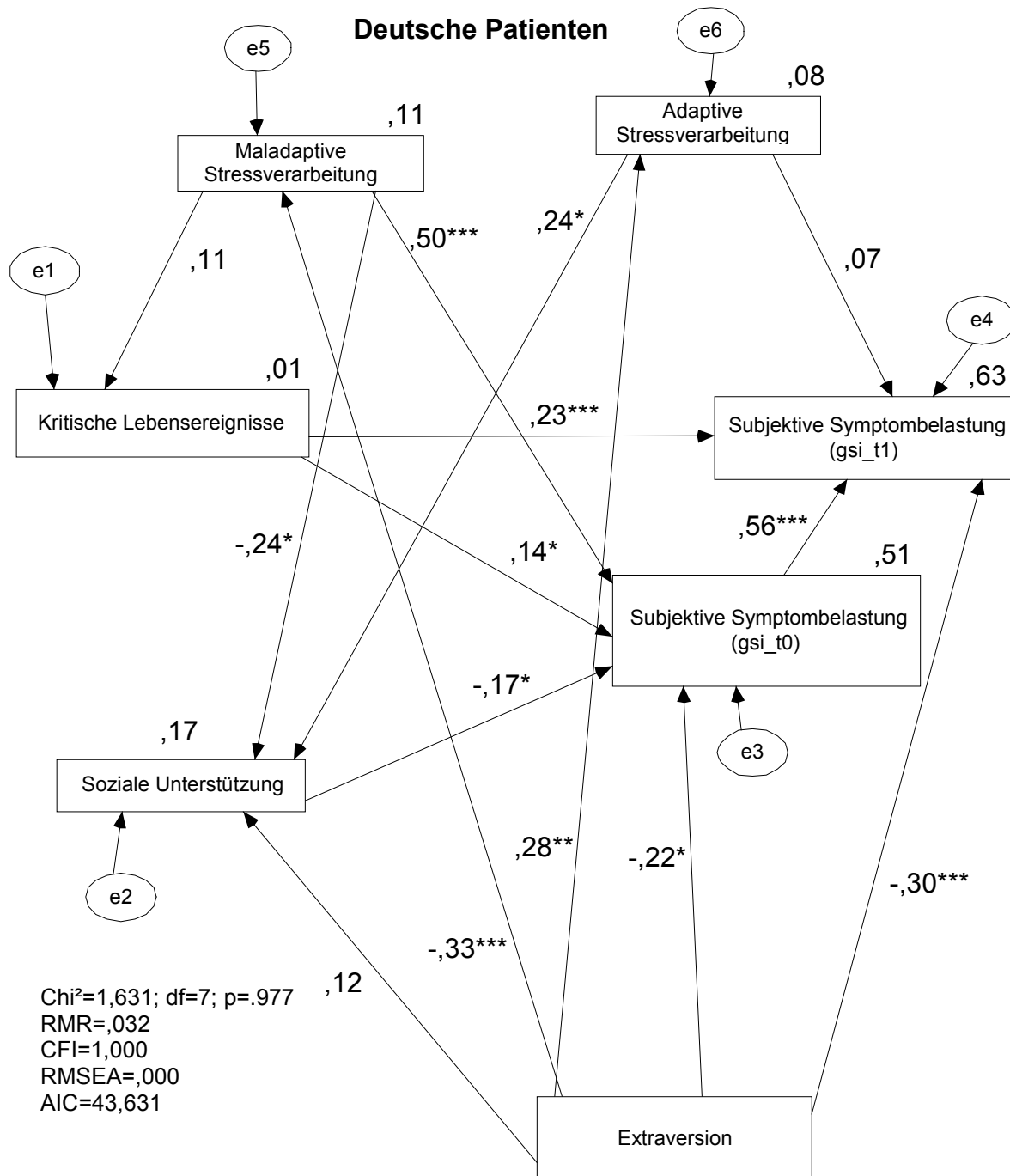


Abbildung 91: Stress-Modell mit den Prädiktoren „Kritische Lebensereignisse/Extraversion“ und Behandlungsergebnis-Indikator „Subjektive Symptombelastung GSI (BSI)“ bei deutschen Patienten mit standardisierten Werten und Fit-Indizes mit \*\*\* =  $p < .001$ , \*\* =  $p < .005$ , \* =  $p < .05$ .

Wie in den Abbildungen 90 und 91 zu erkennen, gab es bei türkischen Patienten einen direkten Effekt kritischer Lebensereignisse auf die subjektive Symptombelastung bei Entlassung t1. Adaptive Stressverarbeitung entfaltete hypothesenübereinstimmend über die Reduktion kritischer Lebensereignisse einen indirekten Effekt, soziale Unterstützung hatte hingegen keinen Effekt auf die Symptombelastung. Bei deutschen Patienten wirkten kritische Lebensereignisse ebenfalls

direkt auf die subjektive Symptombelastung. Neben dem direkten Effekt sozialer Unterstützung auf den t0-Wert zeigte sich wie angenommen ein indirekter Effekt adaptiver Stressverarbeitung über soziale Unterstützung auf den t-0-Wert.

In der türkischen Patientengruppe konnten keine Effekte sozialer Unterstützung und kritischer Lebensereignisse auf die psychische Lebensqualität nachgewiesen werden. Im Gegensatz dazu zeigten sich bei deutschen Patienten direkte Effekte kritischer Lebensereignisse auf die jeweiligen Behandlungsergebnis-Parameterwerte bei Entlassung. Weiterhin eignete sich soziale Unterstützung als direkter Prädiktor der psychischen Lebensqualität bei Aufnahme sowie als Mediator der Beziehung zwischen adaptiver/ maladaptiver Stressverarbeitung und dem t0-Wert der psychischen Lebensqualität. Bezüglich der Lebensqualität im sozialen Bereich ergeben sich ähnliche Ergebnisse wie bei der Kombination „Kritische Lebensereignisse und Neurotizismus“. Die Ergebnisse zur umweltbezogenen und globalen Lebensqualität bestätigten partiell die Funktion kritischer Lebensereignisse und sozialer Unterstützung als Mediatoren der Effekte von Stressverarbeitung. Bezüglich der Arzteinschätzungen wurden die gleichen Ergebnisse gefunden wie bei der Kombination „kritische Lebensereignisse & Neurotizismus“ (siehe Anhang 41).

Kritische Lebensereignisse als Indikator erlebten Stresses hatten insbesondere in der deutschen Stichprobe direkte Wirkungen auf die Behandlungsergebnis-Indikatoren. Soziale Unterstützung eignete sich nicht als Stresspuffer, wenn kritische Lebensereignisse als Stress-Indikator herangezogen wurden, während adaptive Stressverarbeitung nur in der türkischen Gruppe als Stresspuffer bezüglich kritischer Lebensereignisse fungierte. Neurotizismus wirkte hingegen ausschließlich in der deutschen Stichprobe als stressfördernd im Sinne der Prädiktion einer Vielzahl kritischer Lebensereignisse. Positive Effekte der Extraversion auf die subjektive Lebensqualität wurden bei türkischen Patienten teilweise durch die Förderung sozialer Unterstützung vermittelt, während bei deutschen Patienten die Stressverarbeitung über soziale Unterstützung indirekte Effekte auf Behandlungsergebnis-Indikatoren entfaltete (siehe Tabellen 73 & 74).

Bei der Kombination „Migrationsbelastungen & Neurotizismus“ zeigte sich in beiden Stichproben über alle zugehörigen Modellberechnungen, dass Neurotizismus starke maladaptive Stressverarbeitung, schwache adaptive Stressverarbeitung und starkes Leiden unter (Migrations)Belastungen vorhersagte. Ferner prädizierte adaptive Stressverarbeitung eine hohe soziale Unterstützung.

In beiden Gruppen hatte soziale Unterstützung hypothesenkonform über die Pufferung von Belastungen positive indirekte Effekte für die subjektive Symptombelastung zu t0 und t1. Neurotizismus entfaltete entsprechend der Hypothese über die direkte Vorhersage eines starken Leidens unter (Migrations)Belastungen indirekte Effekte auf die subjektive Symptombelastung (siehe Abbildungen 92 & 93).

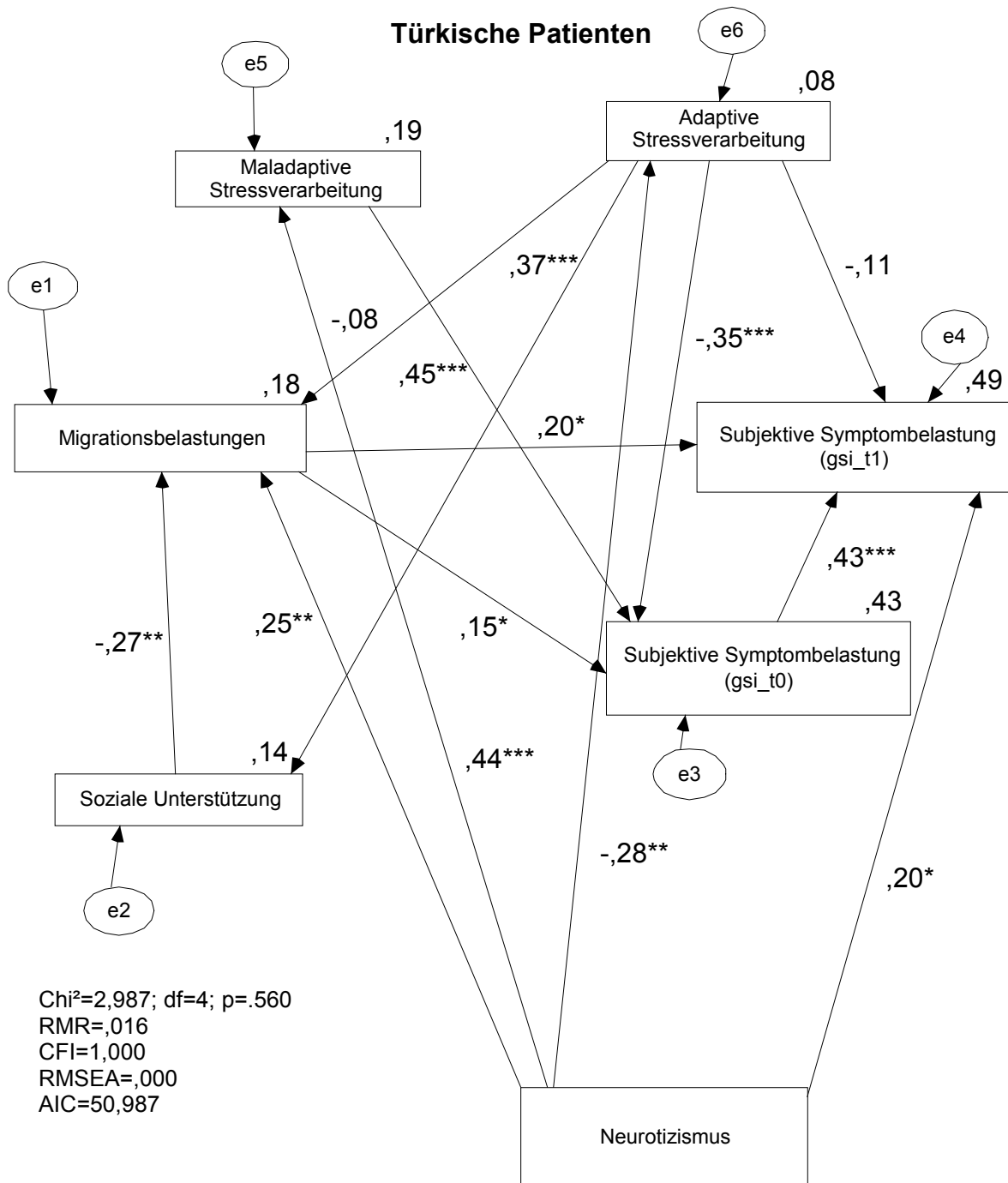


Abbildung 92: Stress-Modell mit den Prädiktoren „Migrationsbelastungen/ Neurotizismus“ und Behandlungsergebnis-Indikator „Subjektive Symptombelastung GSI (BSI)“ bei türkischen Patienten mit standardisierten Werten und Fit-Indizes mit \*\*\* =  $p < .001$ , \*\* =  $p < .005$ , \* =  $p < .05$ .

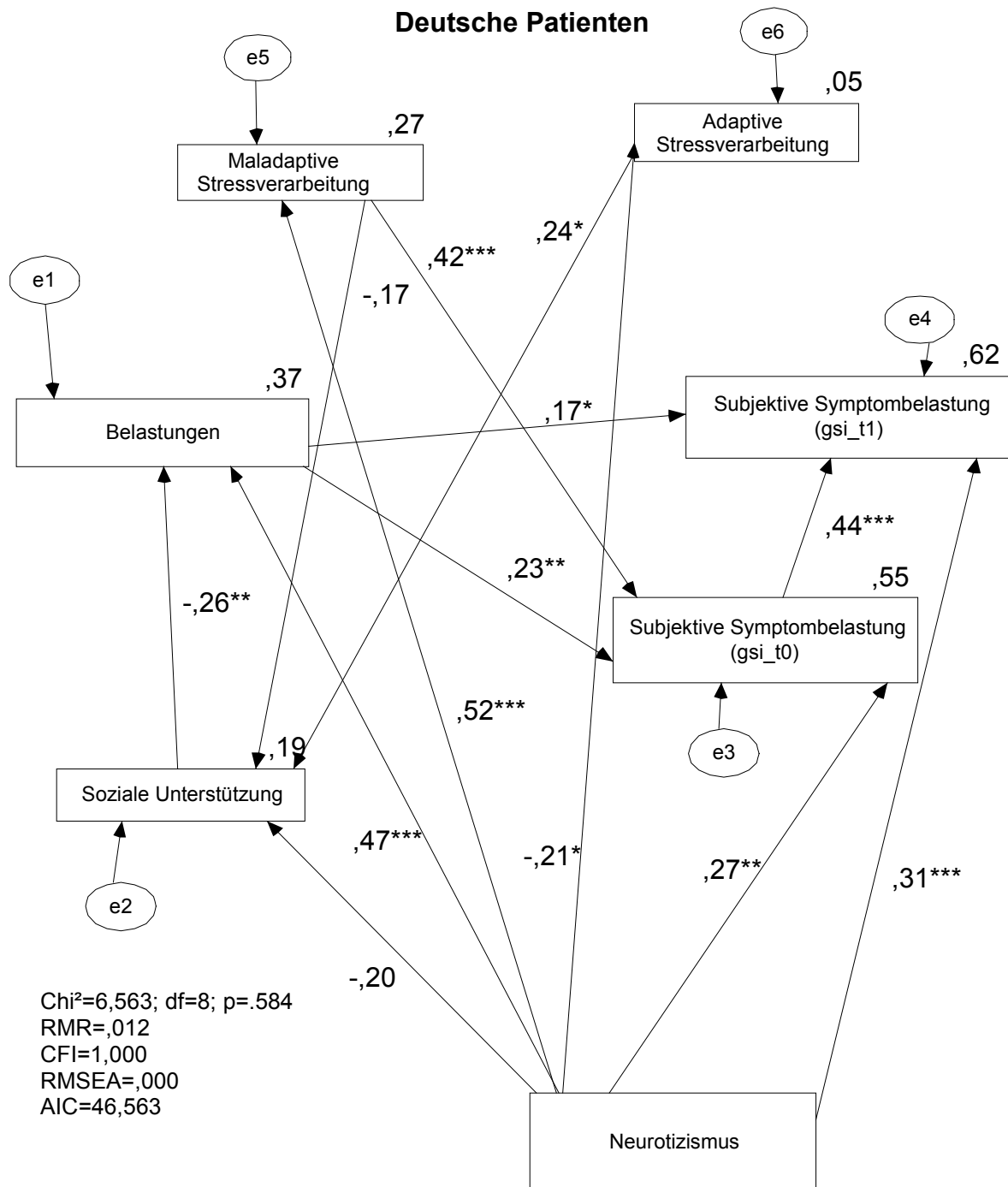


Abbildung 93: Stress-Modell mit den Prädiktoren „Belastungen/ Neurotizismus“ und Behandlungsergebnis-Indikator „Subjektive Symptombelastung GSI (BSI)“ bei deutschen Patienten mit standardisierten Werten und Fit-Indizes mit \*\*\* = p<.001, \*\* = p<.005, \* = p<.05.

Bei türkischen Patienten vermittelte adaptive Stressverarbeitung hypothesenkongordant über soziale Unterstützung einen indirekten Effekt auf die körperliche

Lebensqualität bei Entlassung t1. Die Lebensqualität im psychischen Bereich zu t1 wurde bei dieser Patientengruppe indirekt durch maladaptive Stressverarbeitung über Migrationsbelastungen prädiziert, bei deutschen Patienten wirkte hingegen Neurotizismus über vergleichbare Belastungen indirekt negativ auf die psychische Lebensqualität. In beiden Stichproben vermittelte soziale Unterstützung Effekte adaptiver Stressverarbeitung auf die soziale und umweltbezogene Lebensqualität. Bei letzterer wurden zusätzlich in der türkischen Gruppe indirekte Effekte von maladaptiver Stressverarbeitung über Migrationsbelastungen als Mediator vermittelt, in der deutschen Gruppe ein indirekter Effekt von Neurotizismus über vergleichbare Belastungen. In der deutschen Gruppe vermittelte das Leiden unter vergleichbaren Belastungen auch einen Effekt des Neurotizismus auf die vom Arzt eingeschätzte Krankheitsschwere CGI zu t0 und BSS t1. Die GAF-Werte wurden nicht von (Migrations)Belastungen und sozialer Unterstützung prädiziert. Ein indirekter Effekt maladaptiver Stressverarbeitung über Migrationsbelastungen auf den BSS t1 konnte in der türkischen Stichprobe gefunden werden (siehe Anhang 41; siehe Tabellen 73 & 74).

Bei der Kombination „Migrationsbelastungen & Extraversion“ prädizierte Extraversion über alle zugehörigen Modellberechnungen starke adaptive Stressverarbeitung, schwache maladaptive Stressverarbeitung und wenig Leiden unter (Migrations)Belastungen. Bei türkischen Patienten sagte Extraversion zudem eine hohe soziale Unterstützung vorher. Alle andere Ergebnisse befinden sich in Anhang 41. Die Hypothesen zum Stress-Modell konnten auch unter Benutzung der Variablen „Leiden unter Migrationsbelastungen bzw.- Leiden unter Belastungen“ partiell in beiden Stichproben bestätigt werden. (siehe Tabellen 73 & 74).



Tabelle 73: Ergebnisse zum **Stress-Modell** für die **türkische Gruppe mit psychiatrischen Diagnosen**

Prädiktor	Mediator	Behandlungsergebnis-Indikator
Extraversion ↑	Kein direkter Effekt auf kritische Lebensereignisse	<b>x</b>
Adaptive Stressverarbeitung ↑	Kritische Lebensereignisse ↓	GSI_t1 ↓
		Lebensqualität: sozial_t0 ↑
		Lebensqualität: Umwelt_t0 ↑
		Lebensqualität: global_t0 ↑
Soziale Unterstützung ↑	Kein direkter Effekt auf kritische Lebensereignisse	<b>x</b>
Neurotizismus ↑	Kein direkter Effekt auf kritische Lebensereignisse	<b>x</b>
Maladaptive Stressverarbeitung ↑	Kein direkter Effekt auf kritische Lebensereignisse	<b>x</b>
<b>Ergebnisse zum Stress-Modell für die türkische Gruppe mit psychiatrischen Diagnosen</b>		
Extraversion ↑	Migrationsbelastungen ↓	GSI_t0 & t1 ↓
Adaptive Stressverarbeitung ↑	Kein direkter Effekt auf Migrationsbelastungen	<b>x</b>
Soziale Unterstützung ↑	Migrationsbelastungen ↓	GSI_t0 & t1 ↓
Neurotizismus ↑	Migrationsbelastungen ↑	GSI_t0 & t1 ↑
Maladaptive Stressverarbeitung ↑	Migrationsbelastungen ↑	Lebensqualität : psychisch_t0 ↓
		Lebensqualität: Umwelt_t0 ↓
		Lebensqualität: global_t0 ↓
		BSS_t1 ↑
<b>Ergebnisse zum Stress-Modell für die türkische Gruppe mit psychiatrischen Diagnosen</b>		
Extraversion ↑	Soziale Unterstützung ↑	Lebensqualität: sozial_t0 & t1 ↑
		Lebensqualität: Umwelt_t0 ↑
Adaptive Stressverarbeitung ↑	Soziale Unterstützung ↑	Lebensqualität: sozial_t0 & t1 ↑
		Lebensqualität: Umwelt_t0 & t1 ↑
		Lebensqualität: körperlich_t1 ↑
Neurotizismus ↑	Kein direkter Effekt auf soziale Unterstützung	<b>x</b>
Maladaptive Stressverarbeitung ↑	Kein direkter Effekt auf soziale Unterstützung	<b>x</b>

Tabelle 74: Ergebnisse zum **Stress-Modell** für die **deutsche Gruppe mit psychiatrischen Diagnosen**

Prädiktor	Mediator	Behandlungsergebnis-Indikator
Extraversion ↑	Kein direkter Effekt auf kritische Lebensereignisse	x
Adaptive Stressverarbeitung ↑	Kein direkter Effekt auf kritische Lebensereignisse	x
Soziale Unterstützung ↑	Kein direkter Effekt auf kritische Lebensereignisse	x
Neurotizismus ↑	Kritische Lebensereignisse ↑	GSI_t1 ↑
		Lebensqualität: körperlich_t1 ↓
		Lebensqualität: psychisch_t1 ↓
		Lebensqualität: sozial_t1 ↓
		Lebensqualität: Umwelt_t1 ↓
		BSS_t1 ↑
Maladaptive Stressverarbeitung ↑	Kein direkter Effekt auf kritische Lebensereignisse	x
<b>Belastungen</b>		
Extraversion ↑	Belastungen ↓	GSI_t0 & t1 ↓
		Lebensqualität: körperlich_t0 & t1 ↑
		Lebensqualität: psychisch_t1 ↑
		Lebensqualität: Umwelt_t0 & t1 ↑
		CGI_t0 ↓
		BSS_t1 ↓
Adaptive Stressverarbeitung ↑	Kein direkter Effekt auf Belastungen	x
Soziale Unterstützung ↑	Belastungen ↓	GSI_t0 & t1 ↓
		Lebensqualität: körperlich_t0 & t1 ↓
Neurotizismus ↑	Belastungen ↑	GSI_t0 & t1 ↑
		Lebensqualität: psychisch_t1 ↓
		Lebensqualität: Umwelt_t0 ↓
		CGI_t0 ↑
		BSS_t1 ↑
Maladaptive Stressverarbeitung ↑	Belastungen ↑	GSI_t0 & t1 ↑
		Lebensqualität: körperlich_t0 & t1 ↓
<b>Soziale Unterstützung</b>		
Extraversion ↑	Kein direkter Effekt auf soziale Unterstützung	x
Adaptive Stressverarbeitung ↑	Soziale Unterstützung ↑	Lebensqualität: psychisch_t0 ↑
		Lebensqualität: sozial_t0 & t1 ↑
		Lebensqualität: Umwelt_t0 & t1 ↑
		Lebensqualität: global_t1 ↑
		GSI_t0 ↓
Neurotizismus ↑	Kein direkter Effekt auf soziale Unterstützung	x
Maladaptive Stressverarbeitung ↑	soziale Unterstützung ↓	Lebensqualität: psychisch_t0 ↓
		Lebensqualität: sozial_t0 & t1 ↓
		GSI_t0 ↑
		Lebensqualität: Umwelt_t0 & t1 ↓
		Lebensqualität: global_t1 ↓

### **3.10.4 Akkulturations-Modell**

Im Rahmen des Akkulturationsmodells wurde überprüft, ob Akkulturation indirekte Effekte über Stressverarbeitung, soziale Unterstützung und erlebten Stress auf Behandlungsergebnisse entfaltet. Es wurde nur für die türkische Stichprobe getestet, da das Ausmaß an Akkulturation in der deutschen Stichprobe nicht erfasst werden konnte. Es ergaben sich insgesamt 18 Modellberechnungen, d.h. kombiniert wurden die 9 Behandlungsergebnis-Kriterien mit 2 Indikatoren erlebten Stressses (Anzahl kritischer Lebensereignisse, Leiden unter Migrationsbelastungen).

Entgegen der Hypothesen zeigte sich kein puffernder Effekt der Akkulturation auf kritische Lebensereignisse. Es konnten jedoch direkte Wirkungen der Akkulturation auf die subjektive Lebensqualität im körperlichen und umweltbezogenen Bereich zu t0 nachgewiesen werden, sowie direkte Wirkungen auf die durch die Ärzte eingeschätzte Krankheitsschwere CGI und die Beeinträchtigungsschwere BSS bei Entlassung t1 (siehe Abbildungen 94, 95 und Anhang 42).

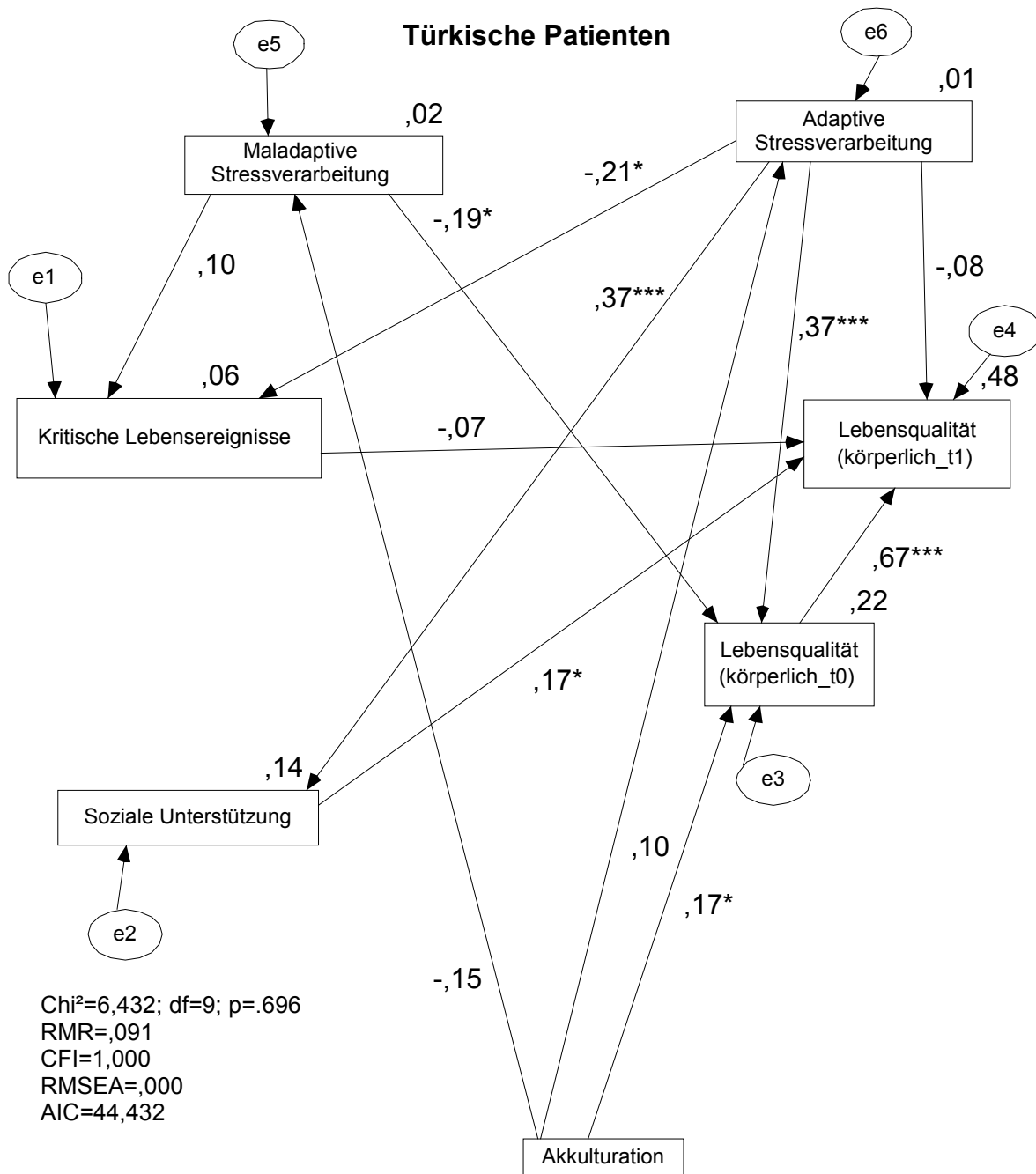


Abbildung 94: Akkulturations- Modell mit Prädiktor „kritische Lebensereignisse“ und Behandlungsergebnis-Indikator „subjektive Lebensqualität im körperlichen Bereich (WHOQOL-BREF)“ bei türkischen Patienten mit standardisierten Werten und Fit-Indizes mit \*\*\* = p<.001, \*\*= p<.005, \*= p<.05.

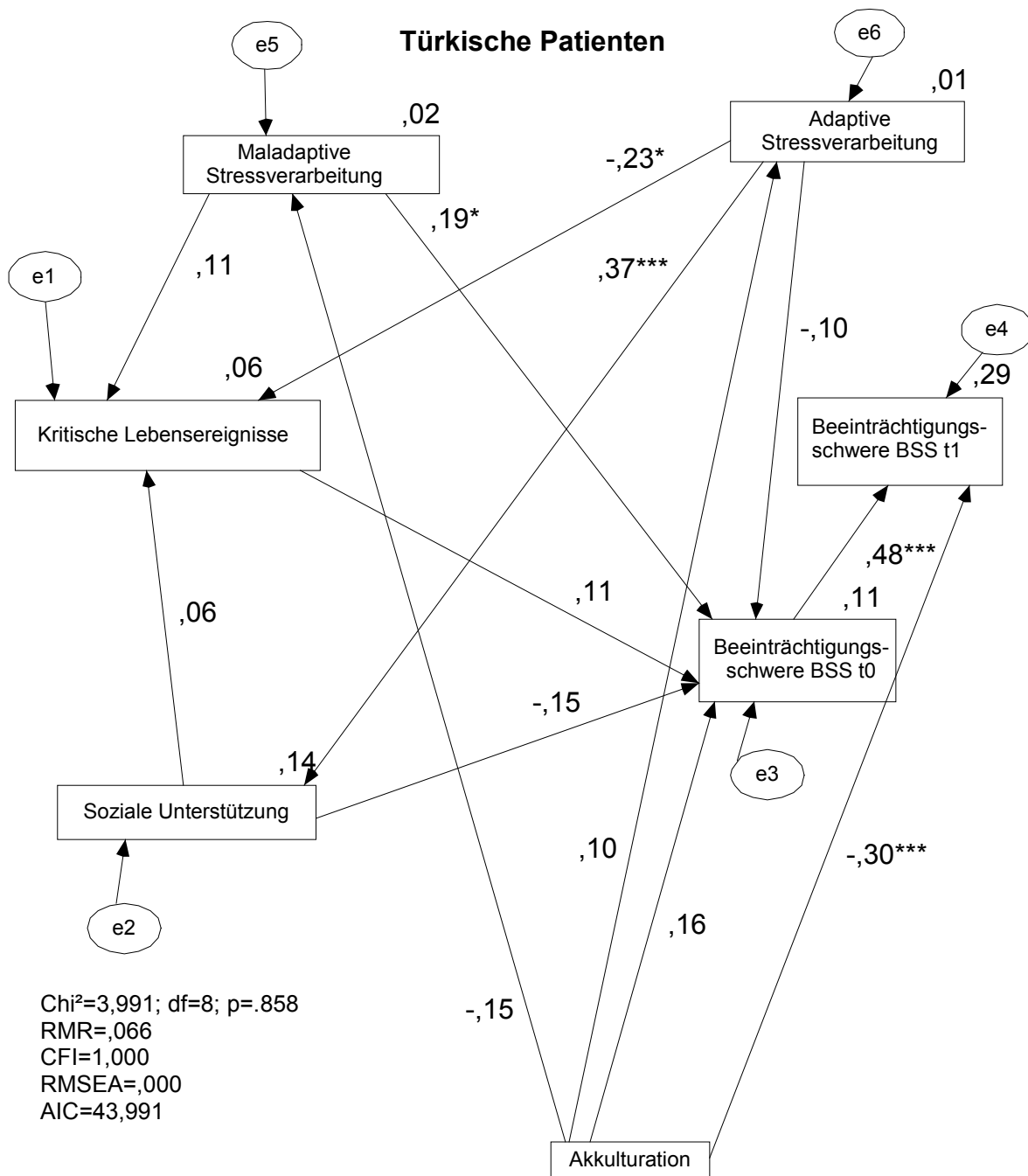


Abbildung 95: Akkulturations- Modell mit Prädiktor „kritische Lebensereignisse“ und Behandlungsergebnis-Indikator „Beeinträchtigungs-Schwere-Score BSS (Arzteinschätzung)“ bei türkischen Patienten mit standardisierten Werten und Fit-Indizes mit \*\*\* =  $p < .001$ , \*\* =  $p < .005$ , \* =  $p < .05$ .

Eine partielle Bestätigung der Hypothesen erreichte das Akkulturations-Modell unter Benutzung des Leidens unter Migrationsbelastungen als Indikator erlebten Stresses. Akkulturation wirkte direkt reduzierend auf das Leiden unter Migrationsbelastungen und damit indirekt auf folgende Behandlungsergebnis-Parameter: subjektive Symptombelastung bei Entlassung t1, subjektive Lebensqualität im psychischen und globalen Bereich bei t0 und t1, im umweltbezogenen Bereich bei t1 und BSS t1. Indirekte Effekte der Akkulturation über die Reduktion maladaptiver Stressverarbeitung oder/ und die Förderung adaptiver Stressverarbeitungs und sozialer Unterstützung blieben entgegen der Hypothesen aus. (siehe Abbildung 96; Anhang 42; siehe Tabelle 75).

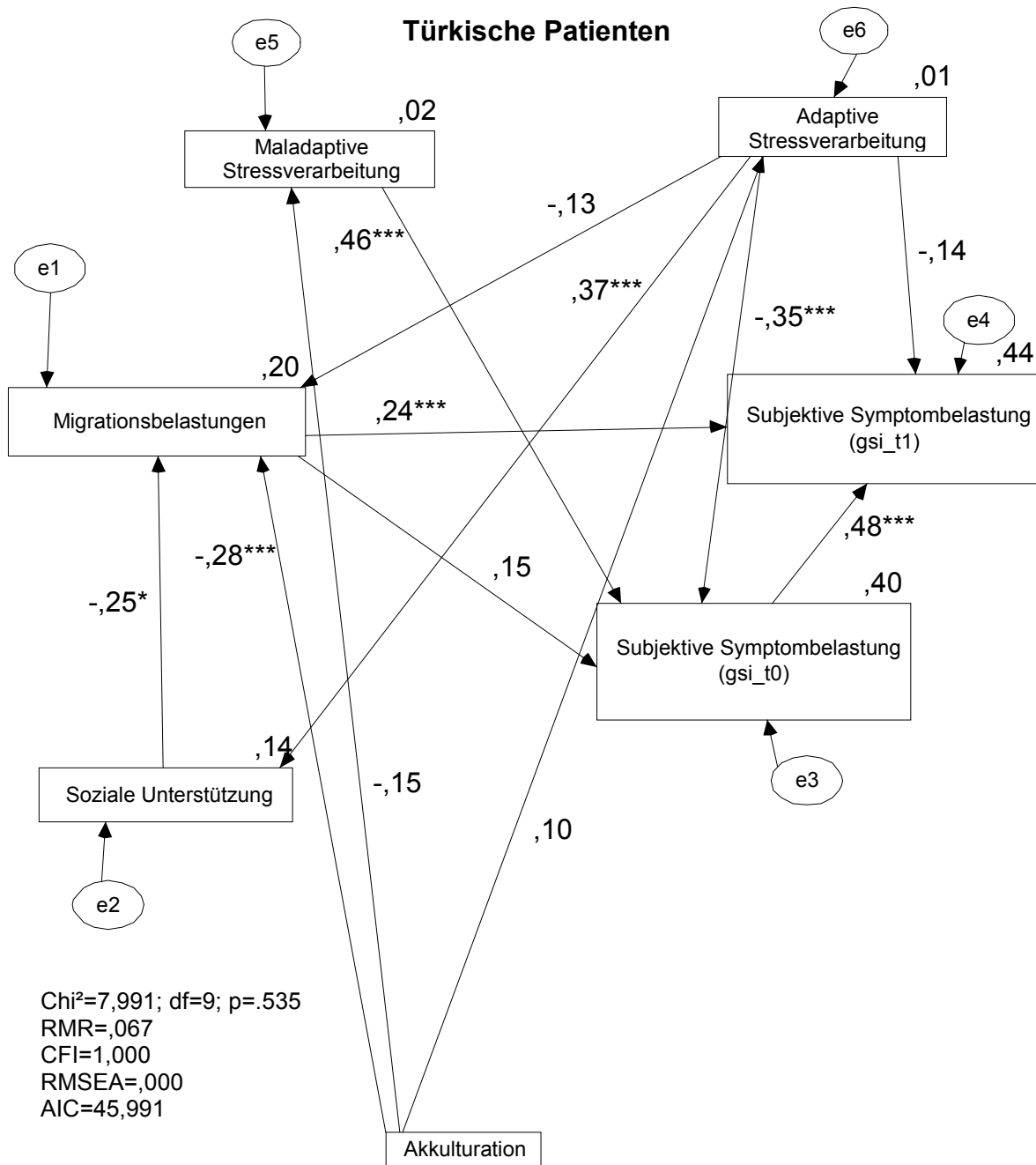


Abbildung 96: Akkulturations- Modell mit Prädiktor „Migrationsbelastungen“ und Behandlungsergebnis-Indikator „Subjektive Symptombelastung GSI (BSI)“ bei türkischen Patienten mit standardisierten Werten und Fit-Indizes mit \*\*\* =  $p < .001$ , \*\* =  $p < .005$ , \* =  $p < .05$ .

Tabelle 75: Ergebnisse zum **Akkulturations-Modell** für die **türkische Gruppe mit psychiatrischen Diagnosen**:

Prädiktor	Mediator	Behandlungsergebnis-Indikator
Akkulturation ↑	Migrationsbelastungen ↓	GSI_t1 ↓
		Lebensqualität: psychisch_t0 & t1 ↑
		Lebensqualität: Umwelt_t1 ↑
		Lebensqualität: global_t0 & t1 ↑
		BSS_t1 ↓
	Kein direkter Effekt auf Kritische Lebensereignisse	<b>x</b>
	Kein direkter Effekt auf maladaptive Stressverarbeitung	
	Kein direkter Effekt auf adaptive Stressverarbeitung	
	Kein direkter Effekt auf soziale Unterstützung	



## 4. Diskussion

Im Diskussionsteil werden neben der Diskussion der Ergebnisse (vgl. 4.1) Vorschläge zur Optimierung der Versorgung türkischer Patienten aufgeführt (vgl. 4.2). Zudem erfolgt eine kritische Betrachtung methodischer Aspekte inklusive relevanter forschungswürdiger Fragestellungen, die sich aus den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit ergaben (vgl. 4.3).

### 4.1 Diskussion der Ergebnisse

#### 4.1.1 Krankheitsrelevante Besonderheiten türkischer Patienten

Bei allen erfassten krankheitsrelevanten Faktoren wurden Besonderheiten bei türkischen Patienten beider Diagnosegruppen festgestellt.

So hatten türkische Patienten pessimistischere Krankheitsvorstellungen als deutsche Patienten. Je nach Facette **subjektiver Krankheitskonzepte** ergeben sich unterschiedliche Erklärungsansätze.

Die schwächer ausgeprägte Überzeugung vom **eigenen Einfluss auf die Erkrankung** könnte in der türkischen KHK-Gruppe auf religiöse Einflüsse zurückzuführen sein, da bei kovarianzanalytischer Kontrolle der vermuteten Krankheitsursache „von Gott gegeben“ der bedeutsame Unterschied zwischen deutschen und türkischen KHK-Patienten verschwand. Türkische KHK-Patienten, die ihre Krankheit stärker als von Gott gegeben betrachteten, glaubten demzufolge besonders wenig an ihren eigenen Einfluss. Bei den Vergleichen der psychiatrischen Gruppen erklärten Religion, Berufsabschluss und Rentenwünsche jeweils einen kleinen Anteil des Unterschieds in der selbsteingeschätzten Einflussnahme (siehe u. a. Anhang 43). Doch durch welchen Mechanismus könnte beispielsweise der Berufsabschluss in diesem Kontext auf die internale Kontrollüberzeugung wirken? Die Arbeitsbedingungen türkischer Migranten in Deutschland sind oftmals schlechter (Schouler-Ocak, 2003; Glier et al., 2001; Mirdal, 1984) und lassen weniger Entscheidungsfreiheiten zu als diejenigen der Einheimischen (Schouler-Ocak, 2003; Glier et al., 2001; Mirdal, 1984). Daraus kann ein mangelndes Kontrollerleben entstehen, welches über eine Reduktion von Selbstwirksamkeitserwartungen auf andere Bereiche, wie auch Gesundheitsverhaltensweisen, generalisieren kann. Rentenwünsche könnten hingegen Spannungen er-

zeugen, die durch kognitive Dissonanz durch die Gleichzeitigkeit eines starken Glaubens an den eigenen persönlichen Einfluss und eines hohen Rentenwunsches zustande kommen. Ein starker Rentenwunsch reduziert möglicherweise aus dieser kognitiven Unvereinbarkeit heraus die Überzeugung vom eigenen Einfluss auf die Krankheit. Dafür sprechen negative Korrelationen zwischen beiden Variablen (vgl. 3.10.2). Ferner könnte das Erleben der Erkrankung als etwas von außen Verursachtes die Annahme persönlicher Einflussmöglichkeiten über eine Reduktion des persönlichen Verantwortungsgefühls reduzieren. Tatsächlich benannten beide türkische Diagnosegruppen bedeutsam häufiger und stärker externe Krankheitsursachen im Vergleich zu den jeweiligen deutschen Diagnosegruppen. Jedoch gab es keine signifikanten Korrelationen einzelner externer Faktoren, wie z.B. schlechte Arbeitsbedingungen, schlechte medizinische Versorgung oder magische Einwirkungen, mit dem Glauben an den persönlichen Einfluss. Lediglich das Item „von Gott gegeben“ ergab einen signifikanten Zusammenhang (siehe oben). Obwohl türkische Patienten in ähnlicher Weise interne Krankheitsursachen - die eigene Persönlichkeit, eigene Einstellungen, emotionales Befinden etc.- nannten, ließ sich entsprechend der Hypothese des schwächeren Verantwortungsgefühls für die eigene Gesundheit eine stärkere Tendenz abzeichnen, ausschließlich Experten bei gesundheitlichen Problemen heranzuziehen. So gaben türkische Patienten mit psychiatrischen Diagnosen häufiger das „Aufsuchen professioneller Hilfe“ als Einflussmöglichkeit an. In einer Studie von Bowling (1994) waren Personen türkischer Herkunft im Vergleich zu Briten eher der Meinung, der Kontakt zu Medizinern sei die optimale Methode, Krankheiten zu vermeiden; in einer Studie von Bäärnhielm und Ekblad (2000) meinten türkische Frauen mit Somatisierungsstörung stärker als Einheimische, dass es ausschließlich Aufgabe des Experten sei, sich über Krankheitsursachen Gedanken zu machen.

Dass türkische Patienten mit psychiatrischen Diagnosen die **Behandlungswirksamkeit** ebenso wie ihren eigenen Einfluss geringer einschätzen als deutsche Patienten, kann Ursache oder Folge erfolgloser Behandlungen sein. Eine von vornherein negative Einstellung gegenüber der Therapie kann zu Mechanismen der Non-Compliance und zu Misstrauen gegenüber dem Behandler führen, so dass die Behandlung aufgrund selbsterfüllender Prophezeiungen scheitern könnte. Gerade geschäftstherapeutische Maßnahmen schnitten bei türkischen Pati-

enten der vorliegenden Arbeit schlecht ab. Sie wurden z.B. bei der offenen Frage nach Einflussmöglichkeiten von beiden Diagnosegruppen im Vergleich zu den jeweiligen deutschen Diagnosegruppen nie genannt. Auch in der Literatur gibt es Hinweise dafür, dass Personen türkischer Herkunft mehr von Arzneimitteln als von Beratungsgesprächen halten (siehe von Feber et al., 2003). Ein fehlender Unterschied der Einschätzung der Behandlungswirksamkeit zwischen den KHK-Gruppen könnte demgemäß an der schwerpunktmäßig medikamentösen Behandlung dieser Patientengruppen liegen. Weshalb Gespräche bei Personen türkischer Herkunft eher schlecht bewertet werden, worauf auch die geringe Nutzung psychosozialer Angebote (Scheper, Toker & Eberding, 1999; Koch, 2005) und psychologischer Beratungsstellen (Ostermann, 1990) zurückgeführt werden könnte, obwohl ein deutlicher Bedarf an einer solchen Unterstützung besteht, kann unterschiedliche Ursachen haben: mangelndes Wissen über die Wirksamkeit von Psychotherapie bei psychiatrischen Erkrankungen oder chronischen psychosozialen Belastungen, negative Erfahrungen mit bereits erlebten Gesprächen aufgrund sprachlicher Verständigungsschwierigkeiten, z.B. durch eine mangelnde Fähigkeit hochkomplexe Probleme in der Fremdsprache auszudrücken, Erwartung, dass Reden nichts hilft oder Erwartungen einer handfesten Behandlung mit klaren Diagnosen und Instruktionen. Gespräche könnten dabei von türkischen Patienten als eher schwammig und weniger handfest wahrgenommen werden und damit das Etikett „weniger hilfreich“ bekommen. Bei einer Substichprobe von türkischen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen aus der Klinik am Südpark, bei denen ein zusätzliches Erhebungsinventar eingesetzt wurde, zeigte sich aber auch eine schlechtere Bewertung aller anderen Behandlungsbausteine wie z.B. Medikamente, Physiotherapie oder Bewegungstherapie. Als weitere Ursache der schlechteren Wirksamkeitsbewertung kommen Erfahrungen mit mangelhaften Behandlungen in der Vergangenheit in Frage. Dafür sprechen empirische Befunde zur schlechteren gesundheitsbezogenen Versorgungssituation dieser Zielgruppe in Deutschland, insbesondere häufigere Fehlbehandlungen und Fehldiagnosen (Haasen et al., 1999; Kilcher & Spieß, 2003; Glier et al., 2001). Untermuert wird diese Annahme auch durch die von türkischen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen signifikant stärkere Benennung einer schlechten medizinischen Versorgung als Krankheitsursache im Vergleich zur deutschen Gruppe in der vorliegenden Arbeit. Migrationsassoziierte Belas-

tungen, der Beschäftigungsstatus und Rentenwünsche waren Kovarianzanalysen zufolge in geringem Ausmaß an der Aufklärung des Unterschieds bezüglich des Glaubens an die Behandlungswirksamkeit beteiligt (siehe Anhang 43). Verständigungsschwierigkeiten und fehlendes Wissen über Versorgungsangebote als Migrationsbelastungen bergen die Gefahr, dass keine rechtzeitige und/ oder adäquate Inanspruchnahme von Behandlungsleistungen erfolgt. Personen türkischer Herkunft sind im Vergleich zu deutschen Patienten dann bei Aufnahme der Behandlung bereits in einer chronischeren Krankheitsphase, die Behandlungserfolge erschwert oder verkompliziert. Die türkischen Patientengruppen unserer Studie waren zu Beginn der Behandlung tatsächlich stärker beeinträchtigt (vgl. 3.8). Es zeigten sich jedoch keine Unterschiede bezüglich der Krankheitsdauer vor Beginn der Behandlung (vgl. 3.6). Auch der stärker ausgeprägte Rentenwunsch der türkischen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen hat sich vermutlich störend auf eine positive Einschätzung der Behandlung ausgewirkt, zumindest gab es eine negative Korrelation zwischen beiden Variablen. Patienten mit hohem Rentenwunsch wollen möglicherweise gar nicht, dass die Behandlung wirkt. Bei der offenen Frage nach positiven Einflussmöglichkeiten wurden von deutschen KHK-Patienten häufiger Antworten gegeben, die auf eine Reduktion von Risikofaktoren abzielen, wie beispielsweise Sport, gesünder essen oder das Halten an Therapieregeln bzw. Empfehlungen. Dies könnte ein Indikator dafür sein, dass bei türkischen KHK-Patienten das Verständnis bezüglich der Zusammenhänge zwischen KHK-typischen Risikofaktoren, von denen sie selbst betroffen sind, und ihrer Krankheit zu wenig entwickelt ist. Die deutsche Gruppe mit psychiatrischen Diagnosen nannte häufiger Sport, Bewegung und Entspannung als positive Einflussmöglichkeit im Vergleich zur türkischen Gruppe mit psychiatrischen Diagnosen. Die geringere Beliebtheit von Bewegung und Sport könnte auf eine stärkere Schonhaltung türkischer Patienten zurückgeführt werden, die durch eine stärkere Somatisierung bedingt ist. Zumindest nannten türkische Patienten mit niedrigeren Scores im Screening für Somatoforme Störungen SOMS signifikant häufiger diese Strategien. Die Idee einer stärkeren Schonhaltung passt ebenso zum Befund in einer Substichprobe von Patienten der Klinik am Südpark mit psychiatrischen Diagnosen, demzufolge Patienten türkischer Herkunft weniger Verständnis dafür äußerten, sich bei der Behandlung auch noch

anzustrengen. Weiterhin fühlten sie sich tendenziell überforderter in der Behandlung als deutsche Patienten mit psychiatrischen Diagnosen.

Die stärkere Annahme **negativer Krankheitskonsequenzen** bei Patienten türkischer Herkunft spiegelt reale Verhältnisse wider, insbesondere für den sozioökonomischen Bereich (Zeiler, 1997; Schouler-Ocak, 2003; Eberding & von Schlippe, 2001). Zumindest bei KHK-Patienten klärte der Beschäftigungsstatus einen signifikanten Anteil des Unterschieds zwischen türkischer und deutscher Gruppe auf, während bei den Patienten mit psychiatrischen Diagnosen der Herkunftseffekt neben den Einflüssen von Neurotizismus und Rentenwünschen bestehen blieb. Eine höhere Chronizität der Erkrankung, wie sie oftmals im Rahmen depressiver und somatoformer Störungen bei Personen türkischer Herkunft im Vergleich zu Deutschen vorkommt (Schmelting-Kludas et al., 2002; Glier et al., 2001) und bei den türkischen Stichproben der vorliegenden Arbeit durch stärkere Symptombelastungen bei Aufnahme indiziert wurde, könnte ebenfalls zur schlechteren Einschätzung der Krankheitskonsequenzen beitragen. Der stärkere Glaube an einen **chronischen und zyklischen Krankheitsverlauf** sowie stärkere **emotionale Reaktionen** bei türkischen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen erklären sich vermutlich durch ähnliche Aspekte. Bei KHK-Patienten existierten diese Unterschiede wegen der kleineren Stichproben lediglich tendenziell.

Religiöse Einflüsse manifestierten sich auf die Einschätzung der vermuteten **Ursachen der Erkrankung**, da bei Patienten türkischer Herkunft in beiden Diagnosegruppen häufiger bzw. stärker das Item „von Gott gegeben“ genannt wurde, in der psychiatrischen Gruppe außerdem „Strafe Gottes“ im Vergleich zu deutschen Patienten. Darüber hinaus zeigte sich über einen stärkeren Glauben an magische Einwirkungen als Ursache der Erkrankung ein Einfluss volksmedizinischer Vorstellungen in der türkischen Gruppe mit psychiatrischen Diagnosen. Volksmedizinische Erklärungen werden vor allem bei psychischen Beschwerden herangezogen und fungieren durch eine interaktionale Darstellung des Problems schuldentlastend (Becker et al., 1998). Insgesamt wurden magische Einwirkungen jedoch von deutschen wie türkischen Patienten eher selten genannt, was in Übereinstimmung mit einer aktuellen Studie zu subjektiven Krankheitsursachen bei Patienten mit einer psychotischen Erkrankung steht, in der nur 8% der türkischen Teilnehmer magisch-religiöse Deutungsmuster aufwiesen (Haasen, Blätter, Yagdiran & Reimer, 2006).

Bei koronaren Herzerkrankungen mit somatischem Schwerpunkt kommen magische Vorstellungen vermutlich nicht zum Tragen (Becker et al., 1998), wofür auch der fehlende diesbezügliche Unterschied zwischen den KHK-Gruppen der vorliegenden Arbeit spricht. Die auffallend häufigere Nennung schlechter Arbeits- und Lebensbedingungen als krankheitsverursachend in beiden türkischen Diagnosegruppen steht in Übereinstimmung mit dem real niedrigerem soziökonomischen Status im Vergleich zu den deutschen Patientengruppen (Zeiler, 1997; Schouler-Ocak, 2003; Eberding & von Schlippe, 2001). Insgesamt ließ sich die Neigung zu externalisieren für türkische Patienten bestätigen (vgl. Bäärnhielm & Eckblad, 2000), jedoch wurden in ähnlich starker Weise wie in den deutschen Stichproben internale Krankheitsursachen genannt. Deutsche Patienten mit psychiatrischen Diagnosen nannten lediglich Konflikte mit der Ursprungsfamilie und anderen wichtigen Bezugspersonen bedeutsam häufiger oder stärker. Aufgrund der kollektiveren Struktur der türkischen Gesellschaft (Hofstede, 1997 a, b) und der größeren Bedeutsamkeit der Herkunftsfamilie könnte es sein, dass türkische Patienten höhere Hemmschwellen oder eine fehlende Erlaubnis haben, ihre Eltern zu kritisieren, zumal die Erziehung eher auf Gehorsam ausgerichtet ist und die Kinder den Eltern ewig zu Dank verpflichtet sind (Atabay & Mühligen-Versen, 2001).

Ein besseres **Krankheitsverständnis oder Krankheitskohärenz** deutscher Patienten mit psychiatrischen Diagnosen im Vergleich zur türkischen Gruppe mit psychiatrischen Diagnosen ist möglicherweise auf mehr Wissen über die Beschwerden und über die Interaktion somatischer und psychischer Symptome im Rahmen psychischer Störungen zurückzuführen. Das für türkische Patienten stärker erscheinende Rätselhafte an ihren depressiven oder somatoformen Krankheiten kann auch mit der primär leibhaft ganzheitlichen Erfahrung der Symptome zu tun haben, wie sie oft bei Migranten berichtet wird (Berg, 1998). Diese Erfahrung könnte es erschweren, kognitive, emotionale und körperliche Symptome getrennt und differenziert wahrzunehmen und im Zusammenhang mit dem psychosozialen Kontext zu interpretieren. Bei den KHK-Patienten zeigte sich bezüglich der Skala „Kohärenz“ kein Unterschied, was vermutlich mit einer klareren Vorstellung über das festumrissene organische Bild koronarer Herzerkrankungen zusammenhängt. Bezüglich der Skala „**Identität**“ zeigte nur die türkische Gruppe mit psychiatrischen Diagnosen höhere Ausprägungen, d.h. schrieb ihrer

Erkrankung mehr somatische Symptome zu als die deutsche –Gruppe mit psychiatrischen Diagnosen.

Dies steht im Einklang mit dem Stand der Forschungsliteratur zur verstärkten **Somatisierungsneigung** von Personen türkischer Herkunft (Ritsner et al., 2000; Myriam & Van Moffaert, 1998; Diefenbacher & Heim, 1994). Untermauert wurde diese Tatsache für beide türkische Diagnosegruppen der vorliegenden Arbeit anhand des Screenings für somatoforme Störungen, in dem Patienten türkischer Herkunft auf allen Somatisierungsindizes höhere Ausprägungen aufwiesen. Kovarianzanalytische Auswertungen erklärten diesen Unterschied zwischen den KHK-Gruppen in geringem Ausmaß durch Neurotizismus, zwischen den Gruppen mit psychiatrischen Diagnosen in minimalen Ausmaß durch migrationsassoziierte Belastungen, Rentenwünsche und Neurotizismus (siehe Anhang 43). Die geringe Varianzaufklärung spricht dafür, dass es andere besser erklärende Faktoren geben muss. Körperliche Selbstaufmerksamkeit, die bei einer Substichprobe von Patienten der Klinik am Südpark mit psychiatrischen Diagnosen im Rahmen eines zusätzlichen Fragebogeninventars erfasst wurde, klärte zwischen 15-20 % des Unterschieds auf. Ob eine hohe Somatisierungsneigung zu stärkerer körperlicher Aufmerksamkeit führt oder umgedreht oder die beiden Variablen durch eine Drittvariable aufgeklärt werden, bleibt offen. Trotzdem konnte festgestellt werden, dass türkische Patienten mit psychiatrischen Diagnosen ihren Körperprozessen eine bedeutsam stärkere Aufmerksamkeit widmeten. Das Konstrukt wurde mit der Somatosensory Amplification Scale SSAS von Barsky und Mitarbeitern (1988; 1990) gemessen und umfasste u.a. das Ausmaß der Schmerzempfindlichkeit, das Vertragen von Rauch, Smog oder schlechter Luft, das Hören des Pulses oder des Herzschlages im Ohr und das Spüren des Zusammenziehens des Magens bei Hunger. Eine höhere Ausprägung hypochondrischer Sorgen und Ängste bei türkischen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen, denen das zusätzliche Fragebogeninventar vorgelegt wurde, könnte auch zu einer verstärkten körperlichen Selbstaufmerksamkeit beitragen und damit die Wahrscheinlichkeit der Wahrnehmung körperlicher Symptome erhöhen oder sogar das Erleben dieser Beschwerden im Sinne einer Symptomverstärkung negativ beeinflussen, wie es im Modell von Rief und Hiller (1998) postuliert wird. Weitere Erklärungen zur stärkeren Somatisierungstendenz bei Personen türkischer Herkunft umfassen zum einen die Idee der fakultativen Somatisierung (siehe Simon et al., 1999),

zum anderen die kulturelle Prägung der Somatisierungsfunktionen in der türkischen Gesellschaft als akzeptable Form, anderen seine (psychische) Krankheit zu demonstrieren (Ostermann, 1990). Es könnte sein, dass in der türkischen Kultur so ähnlich wie in der chinesischen, der Ausdruck von Gefühlen als Charakterchwäche angesehen wird (vgl. 1.2.3.2) oder die Zurschaustellung psychosozialer Probleme gar unerwünscht ist, weil sie vielleicht mit starken Scham- und Schuldgefühlen gekoppelt ist. Der sozioökonomische Status inklusive der schulischen und beruflichen Ausbildung spielte den kovarianzanalytischen Auswertungen zufolge keine bedeutsame Rolle für die Unterschiede in der Somatisierungstendenz zwischen deutschen und türkischen Patienten (siehe Anhang 43). Auch Isaac und Mitarbeiter (1996) widerlegten die Hypothese einer stärkeren Somatisierung bei geringerer Bildung, wobei durchaus denkbar wäre, dass schlechte Arbeitsbedingungen, die von türkischen Patienten auch häufiger als Krankheitsursache benannt wurden, zu körperlichen Symptomen beitragen könnten bzw. beigetragen haben. Vermutlich spielen viele Faktoren in komplexer Wechselwirkung eine Rolle für die Somatisierungsneigung (zusammenfassend siehe Kapfhammer, 2001), wie starker Stress, kulturelle Beeinflussung der Verarbeitung dieses Stresses, biologische Faktoren, Kindheitserfahrungen und psychische Abwehrmechanismen (siehe Waitzkin & Magaña, 1997). Besonderheiten bei Patienten türkischer Herkunft zeigten sich auch bezüglich der **krankheitsspezifischen Stressverarbeitung**, die in beiden Diagnosegruppen durch ein stärkeres Benutzen maladaptiver Strategien im Vergleich zu deutschen Patienten charakterisiert war. Dieser Befund könnte in der türkischen KHK-Stichprobe auf höhere Neurotizismuswerte zurückgeführt werden (siehe Anhang 43), die implizieren, sich ständig gedanklich mit den Stresssituationen in unproduktiver Weise auseinanderzusetzen oder zu resignieren. Bei türkischen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen spielte Neurotizismus zwar auch eine Rolle (siehe Anhang 43), kann aber nicht als Erklärung der Unterschiede zwischen den Gruppen dienen, da sich die N-Werte nicht signifikant zwischen türkischer und deutscher psychiatrischer Gruppe unterschieden. Migrationsassoziierte Belastungen, die zwar bei den Kovarianzanalysen keinen signifikanten Beitrag leisteten, könnten trotzdem zu einer verstärkten Benutzung maladaptiver Stressverarbeitung führen (vgl. 1.2.4.6), ob über die Verstärkung neurotischer Mechanismen und Ängstlichkeit und/ oder über das Fehlen intellektueller, sozioökonomischer oder sozialer Res-



sources. Ein weiterer Grund für die verstärkte maladaptive Stressverarbeitung könnte eine mangelnde Verfügbarkeit adaptiver Strategien darstellen, die zumindest von türkischen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen in bedeutsam geringerem Ausmaß genutzt wurden als von der jeweiligen deutschen Diagnosegruppe. Deutsche Patienten gaben nämlich signifikant häufiger an, sich in Stresssituationen positiv selbstzuinstruieren und Situationen sowie ihre eigenen Reaktionen zu kontrollieren. Auffallend war der signifikante Beitrag zur Aufklärung dieser Unterschiede durch den Beschäftigungsstatus neben dem Neurotizismus (vgl. Anhang 43). 30% der türkischen Teilnehmer mit psychiatrischen Diagnosen waren von Arbeitslosigkeit betroffen, die ebenfalls zu einer depressiven Verarbeitungsweise beitragen könnte. Auch die stärkere Ausprägung der Erkrankung zu Beginn der Behandlung, wie sie für beide türkische Diagnosegruppen bestätigt werden konnte, kann einen negativen Einfluss auf die Art und Weise, wie mit Stress umgegangen wird, entfalten. Die maladaptiven Stressverarbeitungsstrategien können als passiv bezeichnet werden und passen gut mit der bei türkischen Patienten stärker ausgeprägten Vorstellung zusammen, dass man selbst nichts gegen die Krankheit tun kann. Die Ergebnisse zum Stressverarbeitungs-Mediator-Modell im Rahmen der Pfadmodellanalysen zeigten dementsprechend, dass ein starker Glaube an den persönlichen Einfluss adaptive Stressverarbeitung begünstigt (vgl. 3.10.1). Türkische KHK-Patienten spielten ihre Erkrankung stärker runter als deutsche KHK-Patienten, ähnlich wie die türkischen Krebspatienten in der Untersuchung von Wesselmann (2002; vgl. 1.2.4.6). Das stärkere Aufsuchen sozialer Unterstützung bei deutschen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen im Vergleich zur jeweiligen türkischen Diagnosegruppe ist auf Anhieb nicht verständlich, da man eher davon ausgehen würde, dass türkische Patienten aufgrund ihrer stärkeren Eingebundenheit in die Familie und ihrer kollektivistischeren Kultur dieses Verhalten an den Tag legen. Da die Items unpersönlich formuliert sind wie z.B. „bitte ich jemanden, mir behilflich zu sein“, „muss ich mich einfach mit jemanden aussprechen“ oder „frage ich jemanden um Rat, wie ich mich verhalten soll“ wird damit nicht direkt das familiäre Unterstützungsbedürfnis erfasst und es kann sein, dass die Patienten die Items auf außerfamiliäre Unterstützung bezogen haben. Darauf deuten Ergebnisse der zusätzlichen Fragebogenerhebung hin, denen zufolge türkische Patienten mit psychiatrischen Diagnosen durchaus höhere Erwartungen an ihre Familie stellen. Beispielsweise

erwarteten sie in signifikant stärkerer Ausprägung, dass die Angehörigen sich um sie kümmern und sie bedienen, wenn sie krank sind. Dies widerspricht definitiv der schwächeren Ausprägung auf der Skala „Suche nach sozialer Unterstützung“ im SVF-78.

Im Gegensatz zu den beiden Studien, die die Big Five-**Persönlichkeitsfaktoren** bei Personen türkischer Herkunft im Vergleich zu amerikanischen und deutschen Personen verglichen und feststellten, dass Personen türkischer Herkunft weniger neurotisch, extravertierter und gewissenhafter seien (vgl. 1.2.5.5), wurden in unserer Untersuchung andere Ergebnisse gewonnen. Die Teilnehmer unserer Studie unterscheiden sich jedoch in 2 wesentlichen Aspekten von den Stichproben der unter 1.2.5.5 beschriebenen Gruppen: zum einen waren sie Patienten, zum anderen Migranten. Sowohl bei Personen mit kardiologischen Erkrankungen als auch bei von psychischen Erkrankungen Betroffenen gibt es Besonderheiten der Ausprägungen auf einzelnen Persönlichkeitsfacetten (Bonaguidi et al., 1997; Wang et al., 2002). Beispielsweise existieren positive Zusammenhänge zwischen Neurotizismus und dem Ausmaß depressiver Symptome (Heerlein et al., 1998; Scott et al., 1995) und zwischen Neurotizismus und der Mortalitätsrate bei Herzinfarktpatienten (Kohlmann, 2003). Die höhere Ausprägung des Neurotizismus bei türkischen KHK-Patienten im Vergleich zur deutschen KHK-Gruppe kann nicht nur auf schwerere Krankheitsverläufe zurückgeführt werden oder diese bedingen, sondern könnte auch durch belastende Lebensumstände, die mit der Migration assoziiert sind, zustande kommen. Diese migrationsassoziierten Belastungen in Kombination mit mangelnden Ressourcen prädisponieren vermutlich eine höhere Ängstlichkeit. Migrationsbelastungen erklärten zumindest im Rahmen der kovarianzanalytischen Auswertungen einen zwar kleinen, aber signifikanten Anteil des Unterschieds zwischen den KHK-Gruppen (siehe Anhang 43). Für die fehlende Unterscheidung türkischer und deutscher Patienten mit psychiatrischen Diagnosen auf der Skala „Neurotizismus“ könnte die Tatsache verantwortlich gemacht werden, dass im Rahmen psychischer Störungen der N-Wert im Vergleich zu Gesunden bereits erhöht ist. So wäre eine weitere Steigerung von diesem erhöhten Niveau aus unter Umständen unwahrscheinlicher oder schwieriger. Türkische Teilnehmer beider Diagnosegruppen beschrieben sich als weniger gewissenhaft als deutsche Patienten, d.h. z.B., dass sie weniger systematisch bei der Verfolgung ihrer Ziele vorgehen, sich die Zeit schlechter einteilen

können, weniger nach Perfektion streben, weniger zuverlässig und weniger ordentlich sind. Die schlechtere Strukturierung der Zeit und der eigenen Tätigkeiten könnte Ausdruck einer stärkeren Erkrankung - z. B. im Rahmen depressiver Erkrankungen- sein. Eine schwächer ausgeprägte systematische kognitive Planung von Handlungen führt vermutlich zu einer reduzierten Benutzung adaptiver Stressverarbeitungsstrategien, welche eine gewisse Planung voraussetzen. Dies wird durch positive Korrelationen zwischen Gewissenhaftigkeit und adaptiver Stressverarbeitung, und dabei insbesondere Situationskontrolle und positive Selbstinstruktion, in der Gesamtstichprobe untermauert. Die türkische Gruppe mit psychiatrischen Diagnosen beschrieb sich außerdem als weniger extravertiert, offen und verträglich, was sicher ebenso mit der im Durchschnitt stärkeren Symptombelastung im Vergleich zur deutschen Gruppe mit psychiatrischen Diagnosen zusammenhängt. Eine schwächer ausgeprägte Aktivität und eine eher pessimistische Sichtweise als Ausdruck niedriger Extraversion sind konkordant mit den pessimistischeren subjektiven Krankheitsvorstellungen und der passiveren emotionsorientierten Verarbeitung krankheitsbezogener Stresssituationen, wie man sie bei türkischen Patienten mit psychischen Störungen verstärkt finden konnte. Mit der schwächer ausgeprägten Offenheit türkischer Patienten mit psychiatrischen Diagnosen hing der im Durchschnitt schlechtere Schulabschluss zusammen, wie Korrelationsanalysen zeigten. Die Skala „Offenheit für Erfahrung“ bezieht sich u.a. auf Items wie Literatur lesen, ein Kunstwerk betrachten, philosophische Diskussionen führen, Poesie und abstrakte Ideen, die einen gewissen Bildungsgrad voraussetzen. Türkische Teilnehmer der psychiatrischen Gruppe mit höherem Schulabschluss waren akkulturiert und wiesen bedeutsam weniger Verständigungsprobleme mit der deutschen Sprache auf als weniger akkulturierte Personen, was sicher zu einer stärkeren Offenheit für neue Erfahrungen beitragen kann. Hohe Offenheitswerte waren bei Betrachtung der Zusammenhänge zu einzelnen Migrationsbelastungen signifikant mit niedrigerer Belastung durch Anpassungsschwierigkeiten in der deutschen Gesellschaft und durch Unklarheiten bezüglich der Erwartungen anderer Menschen assoziiert. Auch wenig Zeit, Geld und Möglichkeiten als migrationsassoziierte Belastungen könnten bei türkischen Migranten in Deutschland ein Grund dafür sein, die mit der Skala „Offenheit für Erfahrung“ abgebildeten Erfahrungen nicht oder in geringerem Maße machen zu können.

Bezüglich der Gesamtzahl **kritischer Lebensereignisse** zeigten sich kaum bedeutsame Unterschiede zwischen deutschen und türkischen Patienten. Die bei türkischen Patienten häufiger vorkommenden negativen Lebensereignisse im sozioökonomischen Bereich hängen mit der im Durchschnitt schlechteren schulischen und beruflichen Qualifikation zusammen und zeichneten sich bereits bei der Stichprobenbeschreibung ab (vgl. 3.6). Viele türkische Migranten erleben im Anschluss an ihre Migration nach Deutschland einen Statusverlust, z.B. auch dann, wenn ihre ausländischen Diplome oder Berufsabschlüsse gar nicht anerkannt werden (Loncarevic, 2001; Mirdal, 1984). Besonders in der Gruppe der türkischen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen der vorliegenden Arbeit zeigten sich zusätzlich häufiger familienbezogene Belastungen. So berichteten sie signifikant mehr schwerwiegendere Ehekonflikte, geistig-seelische Erkrankungen ihrer Partner und Probleme ihrer Kinder. Die Ehekonflikte stehen u.a. mit migrationsbedingten Veränderungen der sozialen Rolle der Frau und der in etwa 40% der Fälle berichteten familiären Gewalt im Zusammenhang, da sich positive Korrelationen zwischen diesen Variablen finden konnten. Gründe für die im Vergleich zu deutschen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen häufigere Nennung privater und beruflicher Schwierigkeiten der Kinder, die als 2. Generation in Deutschland leben, sind vielfältig. Neben den Migrationsbelastungen ihrer Eltern können zusätzliche Konflikte und Problemkonstellationen auftreten, die spezifisch für die 2. Generation sind. Çerçi (2003) berichtet, dass die Bedingungen des Aufwachsens bei Jugendlichen aus Migrantenfamilien ungünstiger sind als bei Einheimischen. Gründe dafür seien die schlechtere soziale Lage, die schlechteren schulischen Chancen und die oftmals traditionell-patriarchisch geprägte Familienstruktur. Die Familie fungiere oft als Austragungsort von Konflikten, in denen ein Teil der Väter unter Einsatz körperlicher Gewalt versuche, die traditionelle Ordnung zu sichern. Dies sei auch eine mögliche Erklärung für die hohe Gewaltrate männlicher türkischer Jugendlicher (Çerçi, 2003). Eine Studie von Heitmeyer, Müller und Schröder (1997) fand bei türkischen Jugendlichen eine Reihe von Belastungen in unterschiedlichen Lebensbereichen. So berichteten fast 40% der Jugendlichen von Diskriminierungserfahrungen im öffentlichen Bereich. Weitere Belastungen umfassten andere Gewalterfahrungen, Schwierigkeiten, einen Ausbildungsplatz zu bekommen, Sitzenbleiben in der Schule, schwierige finanzielle Situation, ungewollter Schulwechsel oder sogar bei 20% der Be-

fragten ein Abbruch der Schulausbildung (Heitmeyer et al., 1997). Auch der Sozialisationsprozess gestaltet sich für viele Jugendliche aus Migrantenfamilien schwierig, da er von zahlreichen Anforderungen begleitet wird. Es können Kulturkonflikte zwischen der ersten und zweiten Generation durch Inkompatibilität der Werte von Herkunfts- und Einwanderungsgesellschaft entstehen. Manche türkische Familien fühlen sich durch die pluralistischen Werte der deutschen Gesellschaft bedroht, was dann wiederum zu einem traditionsgebundenen rigiden Erziehungsstil führt, der dann große Anpassungsschwierigkeiten der Kinder in außerfamiliären Bereichen nach sich zieht. Bei den befragten türkischen Jugendlichen ging es vorwiegend um Konflikte bezüglich des abendlichen Ausgehens und der schulischen Leistungen (Heitmeyer et al., 1997). Nach Firat (1991; zitiert nach Heitmeyer et al., 1997) treten besonders starke intrafamiliäre Probleme auf, wenn sich türkische Migrantenkinder an die deutschen Lebensgewohnheiten anpassen, ihre Eltern diese Assimilation jedoch ablehnen. Trotz der bei türkischen Patienten vorkommenden stärkeren Belastungen im familiären und ehelichen Bereich, gab es bei deutschen Patienten signifikant mehr Scheidungen und Trennungen und damit einhergehend ein häufigeres Eingehen neuer Partnerschaften. Sicherlich verhindert die stärker patriarchalische Familienstruktur türkischer Migranten Ehescheidungen, die von Seiten der Frau ausgehen. Durch die schlechtere soziale Lage sind türkische Migrantinnen ökonomisch abhängiger von der Familie bzw. ihrem Mann und haben in vielen Fällen nicht die finanziellen Mittel, sich ein eigenständiges Leben aufzubauen. Auch Ängste, von der eigenen Ursprungsfamilie ausgestoßen zu werden und Schuldgefühle gegenüber den Kindern, für die man verantwortlich ist, könnten für die geringeren Scheidungsraten trotz hoher familiärer Probleme verantwortlich sein. Ferner kann es eine kulturelle und religiöse Beeinflussung geben, da die Ehe und die Familie einen sehr hohen Stellenwert in der türkischen Kultur haben und im Islam als heilig gelten (vgl. 1.2.1.2). Türkische Patienten mit psychiatrischen Diagnosen berichteten darüber hinaus insgesamt und in Bezug auf die vergangenen Jahre signifikant häufiger Mobilitätsverluste, die mit ihrer Krankheitsschwere assoziiert waren. Von deutschen Patienten wurden hingegen mögliche positiv wirkende kritische Lebensereignisse bedeutsam häufiger berichtet, beispielsweise das Entdecken neuer Hobbies und das Schließen neuer Freundschaften. Die geringere Bedeutsamkeit des Freizeitbereichs bei türkischen Teilnehmern entspricht einer Befragung

an 144 in Deutschland lebenden Migrantinnen türkischer Herkunft, nach der 35% der Befragten angaben, nie Theater, Kino oder sonstige kulturelle Veranstaltungen zu besuchen. 38% der türkischen Migrantinnen nahmen über Freundes- und Bekanntenbesuche an keinen weiteren Freizeitaktivitäten teil (Schröttle, 2006).

Türkischen Patienten kann es aufgrund mangelnder finanzieller Ressourcen verwehrt sein, neue Hobbies zu entdecken. Gerade türkische Frauen sind aufgrund ihrer größeren Haushalte in ihrer Freizeit mehr mit ihren Kindern beschäftigt bzw. durch Hausarbeit ausgelastet. Das Erweitern sozialer Kontakte stellte tendenziell für weniger akkulturierte türkische Patienten mit psychiatrischen Diagnosen ein stärkeres Problem dar. Als spezielle Belastung der Migration wurde soziale Isolation auch signifikant häufiger von türkischen Patienten benannt. Damit in Übereinstimmung steht die in beiden türkischen Diagnosegruppen signifikant geringere Zufriedenheit mit der **sozialen Unterstützung** durch Freunde und bedeutsame andere außerhalb der eigenen Familie im Vergleich zu den jeweiligen deutschen Stichproben. Die kovarianzanalytischen Auswertungen zeigten, dass in der türkischen Gruppe mit psychiatrischen Diagnosen migrationsassoziierte Belastungen und der Beschäftigungsstatus einen minimalen, aber bedeutsamen Anteil des Unterschieds aufklärten (vgl. Anhang 43). Korrelationsanalysen zufolge ging ein besserer Beschäftigungsstatus mit höherer Zufriedenheit mit außerfamiliärer Unterstützung einher. Am Arbeitsplatz bieten sich für berufstätige türkische Migranten Möglichkeiten einer Anbahnung sozialer Kontakte an, die durch Arbeitslosigkeit ausgeschlossen werden. Ein positiver Zusammenhang zwischen dem Leiden unter Migrationsbelastungen und der geringeren sozialen Unterstützung durch Freunde und bedeutsame Andere war Korrelationsanalysen zufolge hauptsächlich auf das Vermissen der Ursprungsfamilie in der Türkei und das sich unter Druck gesetzt fühlen durch die türkische Gemeinschaft zurückzuführen. Auch das Leiden unter Ausländerfeindlichkeit korrelierte signifikant mit einer geringen Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung durch bedeutsame andere. Bei türkischen KHK-Patienten mag für die Unzufriedenheit mit der Unterstützung durch Freunde und bedeutsame andere ein höherer Neurotizismuswert mitverantwortlich gemacht werden (siehe Anhang 43). Die bedeutsam höhere Ausprägung in den Determinanten der **Behandlungsmotivation** bei türkischen Patienten beider Diagnosegruppen, die mit dem PAREMO erfasst wurde, ist aufgrund des stärkeren Leidens, der stärkeren Symptombelastung und der geringeren sub-

jektiven Lebensqualität dieser Patienten (vgl. 3.8) im Vergleich zu den deutschen Diagnosegruppen nachvollziehbar. Die beiden Skalen „Hilfsbedürftigkeit und psychischer Leidensdruck“ und „Einschränkungen im Alltag aufgrund körperlicher Beschwerden“ erfassen im Grunde genommen mit Items wie: „Ich fühle mich seelisch belastet“, „Ich komme alleine nicht mehr zurecht, ich brauche Hilfe“, „Ich leide stark unter körperlichen Beschwerden“ oder „meine Beschwerden behindern mich im Alltag“ den Leidensdruck. Dieser hohe Leidensdruck korreliert Studien zufolge mit einer hohen Behandlungsmotivation (Mulder et al., 2005; Franz et al., 1990). Bei türkischen Patienten beider Diagnosegruppen zeichnete sich ferner eine höhere Änderungsmotivation ab, d.h. sie hatten z. B. einen stärkeren Wunsch ihr Leben von Grund auf zu ändern oder vertraten eher die Meinung, dass sie ihren Lebensstil ändern müssen, um wieder gesund zu werden. Entgegen der von den Patienten berichteten höheren Änderungsmotivation schätzten behandelnde Ärzte ihre türkischen Patienten hingegen als weniger behandlungsmotiviert ein als ihre deutschen Patienten. Die fehlende Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung liegt sicher an der unterschiedlichen Messung der Behandlungsmotivation. Während die Fremdeinschätzung direkt die Motivation zur Behandlung erfasst, misst die eingesetzte Kurzform des PAREMO ausschließlich ihre indirekten Facetten. Die Skala „Änderungsbereitschaft hinsichtlich präventiven Verhaltens“ enthält keine Items, die sich speziell auf die Behandlung beziehen, sondern lediglich globale unspezifische Aussagen wie den allgemeinen Wunsch, sein Leben oder sich mit dem Ziel einer besseren Gesundheit zu ändern. Möglicherweise wünschen sich türkische Patienten aufgrund ihrer stärkeren Belastung durch ihre Erkrankung tatsächlich stärker Veränderungen, sind aber weniger behandlungsmotiviert, weil sie die Behandlungswirksamkeit in unterschiedlichen Bereichen und ihren eigenen Einfluss als signifikant schlechter bewerten. Korrelationsanalysen zufolge ging eine niedrige Behandlungsmotivation tatsächlich mit einem schwachen Glauben an die Behandlung und den persönlichen Einfluss einher. Die niedrigere Behandlungsmotivation türkischer Patienten mit psychiatrischen Diagnosen könnte auch auf den höheren Rentenwunsch dieser Gruppe im Vergleich zu der deutschen psychiatrischen Stichprobe zurückzuführen sein. Zumindest spricht dafür die gefundene negative Korrelation zwischen dem Rentenwunsch und der durch den Behandler eingeschätzten Behandlungsmotivation bei Entlassung t1. Auch für die Unterschiede

bezüglich der indirekten Facetten der Behandlungsmotivation spielte der Rentenwunsch neben Neurotizismus eine Rolle (vgl. Anhang 43), wobei Korrelationsanalysen zufolge ein hoher Rentenwunsch mit hohen Ausprägungen auf den beiden Belastungsskalen des PAREMO einherging, jedoch negativ mit der Änderungsbereitschaft hinsichtlich präventiven Verhaltens zusammenhing. Dementsprechend sind Rentenwünsche nicht nur ein bedeutsames Hindernis für die Behandlungsmotivation, sondern auch für den Wunsch, sein Leben zu ändern. Es scheint so, als hätten sich Personen mit starken Rentenwünschen mit ihrer misslichen Lebenslage abgefunden. In diesem Kontext ist anzunehmen, dass sich türkische Patienten im Vergleich zu deutschen Patienten in einer späteren Phase der Entstehung des Rentenverhaltens befinden, in der die eigene Rehabilitation keine Rolle mehr spielt, sondern nur noch der Wunsch nach Berentung (vgl. Plassmann & Schepank, 1998). Die türkischen Stichproben unserer Studie erfüllten Kriterien, die dem aktuellen Forschungsstand zufolge als bedeutsame Prädiktoren von **Rentenwünschen** gelten. So stellen der Migrantenstatus, schlechte soziökonomische Verhältnisse, eine schlechte Bewertung der eigenen Gesundheit, eine hohe Anzahl arbeitsunfähiger Tage und das Erleben somatischer Symptome Risikofaktoren für das Erhalten einer Berufsunfähigkeitsrente oder Frühberentung dar (vgl. 1.2.9.2). Auch in unseren türkischen Stichproben korrelierten diese Variablen mit einem hohen Rentenwunsch und trafen signifikant stärker zu als auf die deutschen Patientengruppen. Einer zusätzlichen Erhebung an etwa 80 Patienten der Klinik am Südpark mit psychiatrischen Diagnosen zufolge war der auf den Staat bezogene Versorgungswunsch der türkischen Gruppe signifikant stärker als bei der deutschen Stichprobe. Türkische Patienten waren stärker der Meinung, dass der Staat dafür sorgen muss, dass man auch bei Krankheit, Not, Arbeitslosigkeit und im Alter ein gutes Auskommen hat. Ferner gaben sie ein Rentenalter von im Durchschnitt 54 Jahren auf die Frage an, mit wie viel Jahren man Rente bekommen sollte, wenn man hart genug gearbeitet hat, während bei deutschen Patienten dieser Wert bei 58 Jahren lag. Der niedrigere Wert bei der Benennung des Rentenalters kann durchaus mit dem Rentensystem in der Türkei zu tun haben. Dort konnten Frauen vor dem Jahre 2000 die Rente bereits mit 38 Jahren beantragen, Männer mit 43. Nach 2000 wurde das Rentenalter jedoch für Frauen auf 58, für Männer auf 60 Jahre hochgesetzt (sie-



he Bertelsmann, 2003), liegt damit aber immer noch unter dem Regelrentenalter von 65 in Deutschland.

Beim Vergleich von **migrationsassoziierten Belastungen** bei türkischen Patienten mit äquivalenten Belastungen bei deutschen Patienten wurde für beide Diagnosegruppen eine höhere mittlere Anzahl und ein stärkeres Leiden unter diesen Belastungen für türkische Patienten festgestellt. Bestimmte Belastungen konnten bei deutschen Patienten erst gar nicht erfragt werden, da sie direkt mit der Migration aus der Türkei nach Deutschland in Verbindung stehen oder sehr unwahrscheinlich bei deutschen Patienten sind. Dazu gehören **Verständigungsschwierigkeiten** aufgrund einer mangelhaften Beherrschung der deutschen Sprache. Die Bedeutsamkeit dieser Belastung zeigt sich darin, dass sie von der Hälfte der befragten türkischen Patienten berichtet wurde und dem aktuellen Forschungsstand zufolge als Barriere für die Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Versorgungsangebote diskutiert wird (siehe Wimmer-Puchinger & Baldaszi, 2001; Kilcher & Spieß, 2003, Glier et al., 2001; Mirdal, 1984). Sprachprobleme werden weiterhin als Hauptproblem bei Gesprächen mit Behandlern bewertet und tragen zu Fehldiagnosen und falschen Behandlungsansätzen bei (vgl. 1.1.2), die das Leid der Betroffenen verstärken können. Als weitere für deutsche Patienten unzutreffende Belastungen nannten fast 80% der türkischen Diagnosegruppen das Vermissen der eigenen Eltern und/oder Geschwister in der Türkei und über 70% eine innere Ambivalenz bezüglich des Rückkehrwunsches in die Heimat. Diese beiden Belastungen wurden damit neben dem Versterben der Eltern in der Türkei mit 88% in der KHK-Gruppe am häufigsten bejaht. Weitere Belastungen, die nur bei türkischen Patienten erfasst wurden, waren das Zurücklassen der Kinder in der Türkei, politische Benachteiligung, Eheprobleme aufgrund einer veränderten sozialen Position der Ehefrau, Rückkehrwünsche und enttäuschende Erfahrungen aufgrund nicht erfüllter Erwartungen oder Hoffnungen in Deutschland. Eine **politische Benachteiligung** empfanden etwa ein Drittel der Patienten als belastend. Tatsächlich gibt es einige politische Rechte, die nur deutschen Staatsangehörigen zustehen, z.B. das aktive und passive Wahlrecht, das Recht auf Zugang zu öffentlichen Ämtern und das Widerstandsrecht. Durch das Ausländerrecht besteht weiterhin die Möglichkeit, bestimmte Rechte, die für Deutsche Grundrechte darstellen, für Ausländer einzuschränken. Aus den jeweiligen Formen des Aufenthaltsstatus lassen sich unterschiedliche Rechte ableiten.

Die Mehrzahl türkischer Staatsangehöriger in Deutschland verfügte Ende des Jahres 2001 über einen unbefristeten sicheren Aufenthaltsstatus (Prümm, 2003), mit dem sie bezüglich sozialer Rechte, aber nicht politischer Rechte mit Deutschen gleichgestellt sind. Zu allen Rechten können sie über die Annahme der deutschen Staatsbürgerschaft gelangen, die mit der Abgabe der bisherigen Staatsbürgerschaft verknüpft ist (Prümm, 2003). Weshalb nur 30% der türkischen Patienten die politische Benachteiligung als belastend beschreiben, kann unterschiedliche Ursachen haben. Zum einen ist denkbar, dass sich in den Stichproben überzufällig viele Personen mit deutscher Staatsbürgerschaft befanden, zum anderen kann es an mangelndem Interesse für politische Themen liegen. Prümm (2003) hypothesisiert die Tendenz einer abnehmenden politischen Partizipation aufgrund von Individualisierungsprozessen moderner Gesellschaften, die auch auf Migranten übergreift. **Probleme mit der Ehefrau aufgrund migrationsbedingter Veränderungen ihrer sozialen Position** beispielsweise in Form der Aufnahme einer eigenen Berufstätigkeit oder einer stärkeren Gleichstellung mit dem Ehemann empfanden in der türkischen Gruppe mit psychiatrischen Diagnosen fast 40% der Teilnehmer als belastend im Gegensatz zu nur 5% in der türkischen KHK-Gruppe. Eine mögliche Ursache für die sehr geringe Nennung dieser Belastung von türkischen KHK-Patienten könnte ihr im Durchschnitt höheres Lebensalter und die damit einhergehende Berentung von 60% der Gruppe sein. Ihre Ehefrauen kommen weniger in die Situation, eine berufliche Tätigkeit aufzunehmen im Vergleich zu den Ehefrauen der jüngeren türkischen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen. Dass von 40% der türkischen Teilnehmern mit psychiatrischen Diagnosen diese Belastung genannt wird, könnte mit den Migranten-Milieus zu tun haben, in denen die betreffenden Personen leben. In einer Studie von Sinus Sociovision (2007) konnten 8 verschiedene Milieus von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland differenziert werden. Migranten-Milieus fassen Menschen zusammen, die sich in Lebensauffassung und Lebensweise ähneln, d.h. ähnliche Grundorientierungen, Werte, Lebensstile, Geschmäcker und soziale Lagen aufweisen. Die türkischen Patienten unserer Studie erfüllten einige Kriterien wie z.B. Zugehörigkeit zur ersten Migrantengeneration, niedriger sozioökonomischer Status, oftmals fehlender Berufsabschluss und bei etwa 50% Sprachprobleme sowie insbesondere in der KHK-Gruppe Arbeitsuche als Hauptmotiv der Migration neben der Familienzusammenführung, die

eine Zugehörigkeit zum traditionellen Gastarbeitermilieu nahe legen. Dieses Milieu ist neben dem religiös-verwurzelten vermutlich besonders anfällig für Schwierigkeiten im Bereich sozialer Rollenänderungen der Frau, da es durch traditionelle Vorstellungen von der männlichen und weiblichen Rolle geprägt ist. In dem traditionellen Gastarbeitermilieu ist der Mann der Ernährer der Familie. Die Frau darf zwar dazu verdienen, kümmert sich aber hauptsächlich um den Haushalt und die Kinder (Sinus Sociovision, 2007). Probleme treten vermutlich dann auf, wenn der Mann arbeitslos ist und die Frau Alleinverdienerin. Angesichts der hohen Arbeitslosigkeitsrate von 30% in der türkischen psychiatrischen Stichprobe ist diese Konstellation durchaus möglich. Nahelegend sind in diesem Kontext auch Probleme der Ehemänner durch einen sozioökonomischen Statusverlust im Vergleich zur Ehefrau, z.B. dann wenn der Ehemann in Deutschland ein sehr viel schlechter bezahlten Job ausübt als in der Türkei und sich damit seiner Rolle als Ernährer der Familie nicht mehr gewachsen fühlt. Dies könnte über die Entwicklung von Minderwertigkeits- oder Insuffizienzgefühlen zu Eheproblemen beitragen. Auch eine ambivalente Haltung gegenüber der Berufstätigkeit der Ehefrau kann problematisch werden, wenn Wertvorstellungen bezüglich der traditionellen Frauenrolle mit der sozioökonomischen Notwendigkeit ihrer Berufstätigkeit zur finanziellen Absicherung der Familie aufeinanderstoßen. Möglicherweise fühlen sich die von dieser Belastung betroffenen Männer bedroht durch das gleichberechtigtere Auftreten der „Frau“ in der deutschen Gesellschaft, während ihre Ehefrauen dies als eigenen Vorteil empfinden könnten. Im Gegensatz zu Problemen aufgrund einer veränderten sozialen Rolle der Frau, wurden **Konflikte aufgrund unterschiedlicher Vorstellungen über die Aufgabenverteilung** von türkischen KHK-Patienten nie genannt und von türkischen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen eher selten (13,6 %) im Vergleich zu deutschen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen, bei denen fast ein Drittel der Paare von dieser Belastung betroffen war. Vermutlich finden sich in diesem Bereich sehr wenig Konflikte zwischen türkischen Ehepartnern, weil die Aufgabenverteilung aufgrund der patriarchalischen Form der Familie feststeht und deshalb nicht angezweifelt wird, während bei deutschen Patienten eher eine Diskrepanz zwischen den Frauenbildern der westlichen Kulturen und den tatsächlichen Verhältnissen vorliegen kann. Beispielsweise kümmert sich immer noch ein Großteil deutscher Frauen um typische Haustätigkeiten wie z.B. Essen zubereiten und Wäsche waschen (Schrötle,

2006), was Zündstoff für Konflikte bieten könnte, gerade dann, wenn die Frau sich mit der Rolle des Hausmütterchens nicht identifizieren will oder kann.

Die häufige Nennung von **Rückkehrwünschen** in beiden türkischen Stichproben stand in direktem Zusammenhang zur Erfahrung nicht erfüllter Hoffnungen und Erwartungen. Türkische Patienten, die ihre Ziele in Deutschland nicht erreichten, berichteten eher Rückkehrwünsche. Es könnte sein, dass sich diese Patienten häufiger Vorwürfe machen, überhaupt migriert zu sein, weil für sie die Kosten der Migration -insbesondere im sozialen und familiären Bereich- im Vergleich zum Nutzen subjektiv überwiegen. Gerade bei psychisch erkrankten Migranten könnten neben enttäuschenden, frustrierenden Erlebnissen im Erwartungsbereich weitere Faktoren determinierend für das gehäufte Nennen eines Rückkehrwunsches sein. Der Rückkehrwunsch könnte bei diesen Personen eine gedankliche Erweiterung ihrer Handlungsspielräume darstellen oder eine Flucht aus der sozialen Isolation und der durch die Krankheit bedingten schwierigen Lebenssituation. 74% dieser Patienten berichteten **innere Ambivalenzen**, die durch Schwankungen zwischen Dableibewunsch und Rückkehrwunsch gekennzeichnet sind. Diese innere Zerissenheit könnte Ausdruck einer krankmachenden Unsicherheit, einer Scheinlösung, eines sich Drückens vor konkreten Entscheidungen oder einer Weigerung sein, die aktuelle Lebenssituation mit all ihren Konsequenzen anzunehmen. Die Beschäftigung mit der Rückkehr in die Heimat ist möglicherweise unabhängig von ihrer Realisierbarkeit eine Stressverarbeitungsstrategie. Das Erleben **familiärer Gewalt** kam in den KHK-Gruppen eher selten vor. Es stellte jedoch ein fast doppelt so häufiges Problem bei türkischen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen (43%) im Vergleich zu deutschen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen (26,9%) dar. Bisherigen Studien zufolge zeigen sich unterschiedliche Gewaltraten bei verschiedenen in Deutschland lebenden ethnischen Gruppen, wobei Familien türkischer Herkunft am stärksten davon betroffen sind (Bundesministerium des Inneren & Bundesministerium der Justiz, 2001). Sowohl jugendliche als auch partnerschaftliche und elterliche Gewalt kommen in türkischen Familien häufiger vor als in deutschen Familien (zusammenfassend siehe Mayer, 2005). In einer Untersuchung von Schröttle (2006) gaben 37% türkischer Frauen zwischen 16-59 Jahren körperliche und/ oder sexuelle Übergriffe durch aktuelle oder frühere Beziehungspartner an. Bezüglich aktueller Beziehungspartner waren es 29% der Frauen türkischer Herkunft im Vergleich zu 14%

der deutschen Frauen. Relevante Unterschiede einer höheren Gewaltbetroffenheit der Frauen mit türkischem Migrationshintergrund ergaben sich insbesondere in Bezug auf körperliche und sexuelle Gewalt und weniger im Kontext psychischer Gewalt oder anderen leichteren Gewaltformen (Schröttle, 2006). Pfeiffer, Wetzels & Enzmann (1999) berichten die höchste Rate schwerer elterlicher Gewalt in der Kindheit bei Jugendlichen aus türkischen Familien im Vergleich zu einheimischen Deutschen und anderen in Deutschland vertretenen ethnischen Gruppen. Es gab dabei zwar Zusammenhänge zur sozialen Lage der Familien, die jedoch alleine die Unterschiede zwischen den verschiedenen ethnischen Gruppen nicht erklären konnten (Pfeiffer et al., 1999). Weitere Gründe für die höhere Gewaltrate könnten migrationsassoziierte Belastungen darstellen, die von den Familien schlecht oder gar nicht bewältigt werden. Korrelationsanalysen entsprechend gab es in türkischen Familien mit geringer sozialer Kompetenz und Eheproblemen wegen einer veränderten sozialen Position der Frau signifikant häufiger Gewalterfahrungen. Das Leiden unter familiärer Gewalt korrelierte außerdem besonders stark positiv mit dem Leiden unter folgenden Belastungen: Probleme der Kinder mit Gesetz und Polizei, Gefühle der Fremdheit in der deutschen Gesellschaft, Eheprobleme und Rückkehrwünsche.

Auch bestimmte kulturelle Merkmale könnten nach Mayer (2005) Gewalterfahrungen begünstigen. Dazu zählen u.a. die hohe Bewertung der Familie, die familiäre Autoritätsstruktur, die große innerfamiliäre Abhängigkeit und die höhere Legitimität von Gewalt in der türkischen Kultur. Nach der Migration könnte sich die Akzeptanz der Gewalt im Hinblick auf das stark vertretene Erziehungsziel des Gehorsams sogar verstärken, weil die Familien sich durch den Kontakt mit der anderen Kultur in Deutschland bedroht fühlen und deshalb den Erhalt ihrer eigenen kulturellen Werte intensivieren (zusammenfassend siehe Mayer, 2005). In Übereinstimmung damit fanden Heitmeyer und Mitarbeiter (1997) heraus, dass die Eltern von Jugendlichen türkischer Herkunft großen Wert darauf legen, dass ihre Kinder ihr Leben anders gestalten als Deutsche. Hortaçsu, Kalaycıoğlu und Rittersberger-Tiliç (2003) fanden in einer Studie an türkischen Familien in der Türkei besonders hohe Aggressionsraten zwischen Mutter-Kind-Interaktionen. Weshalb gerade türkische Frauen verstärkt Gewalt an ihre Kinder weitergeben, kann unterschiedliche Ursachen haben. Sie verbringen mehr Zeit mit ihren Kindern und sind die Hauptverantwortlichen für die Kindererziehung, bei der Gehor-

sam, Loyalität, Respekt und Leistungsstreben im Mittelpunkt stehen. Weiterhin ist die Migration für Frauen mit mehr Stress verbunden als für Männer, da sich häufiger Doppelbelastungen durch Beruf und Haushalt ergeben. Frauen sind außerdem stärker von sozialer Isolation betroffen (zusammenfassend siehe Mayer, 2005).

In der Untersuchung von Mayer (2005) war eine fehlende Akkulturation türkischer Mütter ein besonders starkes Risiko für die Weitergabe der Gewalt von einer Generation auf die nächste gilt. Der Bildungsstand der Eltern hatte jedoch keinen Einfluss auf die interfamiliäre Gewalt (Mayer, 2005). In der vorliegenden Arbeit hingegen gab es in der türkischen Gruppe mit psychiatrischen Diagnosen keinen Zusammenhang zwischen Akkulturation und dem Erleben bzw. Leiden unter familiärer Gewalt, jedoch eine negative Korrelation zum Schulabschluss.

Studien fanden heraus, dass gerade türkische Hausfrauen den geringsten Kontakt zu Deutschen haben (Kecskes, 2003; Nauck, Kohlmann & Diefenbach, 1997). Von **sozialer Isolation** waren in unserer Studie in beiden Diagnosegruppen signifikant mehr türkische Patienten als Teilnehmer deutscher Herkunft betroffen, sodass dieser Belastungsfaktor nicht alleine durch die jeweilige Krankheit bedingt zu sein scheint. Das häufige Vorkommen sozialer Isolation bei türkischen Migranten in Deutschland könnte durch verschiedene migrationsassoziierte Belastungen begünstigt werden (vgl. 1.2.10.3). Korrelationsanalysen ergaben dass türkische Patienten mit psychiatrischen Diagnosen, die sich sozial isoliert fühlen, besonders stark unter folgenden zusätzlichen Belastungen litten: Verständigungsprobleme wegen mangelnder Deutschkenntnisse, längere Trennungen von den Eltern in der Kindheit, Gefühle der Fremdheit in der deutschen Gesellschaft, Unklarheiten bezüglich der Erwartungen anderer, Anpassungsschwierigkeiten und unerfüllte Hoffnungen in Deutschland. Eine hohe Akkulturation hingegen schützte vor sozialer Isolation. Dies ist einleuchtend, da die Skala u. a. folgende Items umfasst: „Ich habe kein Interesse daran, mich mit Deutschen anzufreunden“, „Ich habe keine deutschen Freunde“, „Ich fühle mich in der deutschen Gesellschaft akzeptiert“ oder „Ich benutze die deutschen Medien“. Auch die Erfahrung des **Ausgestoßenseins durch die eigene Ursprungsfamilie** kam bei türkischen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen signifikant häufiger als bei der deutschen Gruppe mit psychiatrischen Diagnosen vor. Mit sozialer Isolation gingen bei türkischen und deutschen Patienten **Gefühle der Fremdheit** in

der Gesellschaft einher (siehe oben). Gefühle der Fremdheit in der Gesellschaft wurden signifikant häufiger von türkischen Patienten beider Diagnosegruppen berichtet. Sie hängen sicher mit der Distanz zwischen deutscher und türkischer Kultur zusammen. Eine Aufgabe türkischer Migranten in Deutschland besteht darin, sich konstruktiv mit den Werten, Vorstellungen und Lebensmodellen des Einwanderungslandes zu beschäftigen. Dies birgt in sich die Gefahr des Erlebens von Befremdung. Das häufige Nennen sozialer Isolation als migrationsassoziierte Belastung – gerade bei türkischen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen (61,7 %) im Vergleich zu deutschen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen (27,1 %) kann als Indikator einer mangelhaften Integration betrachtet werden, die durch ausländerfeindliche Erfahrungen von Seite des Einwanderungslandes erschwert wird. Halm und Sauer (2006) berichten aufbauend auf den Ergebnissen einer Befragung von Personen türkischer Herkunft in Nordrheinwestfalen eine Diskriminierungsquote von 71% im Jahre 2001. Am häufigsten wurden dabei Diskriminierungen im sozialen und ökonomischen Bereich genannt. Etwa die Hälfte der Migranten gaben an, am Arbeitsplatz (57%), bei der Wohnungssuche (49%) und bei der Arbeitssuche (48%) diskriminiert worden zu sein (Halm & Sauer, 2006). Nach einer Studie von Brähler und Decker (2004) stimmte ein Viertel der deutschen Bevölkerung ausländerfeindlichen Aussagen zu. Diese Aussagen waren beispielsweise: „Die Ausländer kommen nur hierher, um unseren Sozialstaat auszunutzen“ oder „Wenn Arbeitsplätze knapp werden, sollte man die Ausländer wieder in ihre Heimat zurückschicken“ (Brähler & Decker, 2004). Rassismus findet sich auf unterschiedlichen Ebenen. Er kann in Medien verankert sein. Mädchen und junge Frauen mit Migrationshintergrund werden im Alltag in Deutschland mit vielen Fremdzuschreibungen und Stereotypen konfrontiert, z.B. werden kopftuchtragende Türkinnen als nichtintegrierbare Gruppe betrachtet (Wudi, 2007). Deutsche Patienten mit psychiatrischen Diagnosen nannten signifikant häufiger **die Feindlichkeit von Mitmenschen** als Belastung im Vergleich zur Benennung von Ausländerfeindlichkeit bei türkischen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen. Erlebte Feindlichkeit von Mitmenschen ist nicht mit Ausländerfeindlichkeit gleichzusetzen und es liegt nahe, anzunehmen, dass Personen türkischer Herkunft mit psychischen Erkrankungen die Umwelt ähnlich feindlich wahrnehmen wie die deutschen Patienten. An dieser Stelle fehlte eine inhaltlich konkordante Parallelisierung der Items. Auch die Parallelisierung der Belastung

„Druck der türkischen Gemeinschaft“ mit dem Item „Druck von Mitmenschen wegen Anderssein“ ist unangemessen. Ersterer Druck ergibt sich aus einer sozialen Kontrolle durch außerfamiliäre Personen der Gemeinde, in der der jeweilige türkische Patient lebt und bezieht sich weniger auf das erkrankungsbedingte Anderssein, sondern vielmehr auf die Aufrechterhaltung türkischer Wertvorstellungen wie die Ehre der Familie oder dem Nachgehen religiöser Verpflichtungen. Der Druck von Mitmenschen wegen Anderssein kommt bei deutschen Patienten vermutlich kaum oder gar nicht von der deutschen Gemeinde, sondern eher von Freunden, Bekannten, der Familie oder Arbeitskollegen. Auch dient er eher der Reduktion von Spannungen und interpersonalen Konflikten. Obwohl das Thema „Sexualität“ in der türkischen Kultur sehr viel stärker tabuisiert wird als in der deutschen Gesellschaft, nannten fast 40% der türkischen Teilnehmer der psychiatrischen Gruppe **Probleme beim Geschlechtsverkehr**, während es bei den deutschen Patienten nur 17,3 % waren. Nach Karetepe (1995; 2004) treten organisch bedingte Sexualstörungen bei türkischen Patienten als Folge der größeren Prävalenz für bestimmte Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes oder Bluthochdruck tatsächlich häufiger auf als bei deutschen Patienten. Auch das häufigere Vorkommen von Hepatitis B bei türkischen Migranten kann über die eingeschränkte Leberfunktion mit einer Veränderung von Hormonspiegeln zu einem Libidoverlust beitragen. Ferner zieht die oftmals arbeitsbedingte Überbeanspruchung des Skelettsystems über Bandscheibenvorfälle mit Wurzelkompressionssymptomen bei türkischen Patienten häufig Sexualstörungen hinterher. Kulturelle Gründe für Sexualprobleme bei türkischen Männern könnten auf ihre traditionelle Verpflichtung zurückzuführen sein, ihre Ehefrau sexuell zu befriedigen (siehe Karatepe, 2004). Möglicherweise kann dieser Sachverhalt bereits bestehende zum Teil organisch bedingte sexuelle Probleme verstärken. Durch die stärkere Tabuisierung des Themas „Sexualität“ in der türkischen Kultur haben türkische Patienten vermutlich weniger Wissen über diesen Bereich. Ein fehlendes Wissen über Ursachen bestimmter sexueller Probleme kann zu einem unangemessenen Umgang mit damit verbundenen Beschwerden beitragen. **Unklarheiten bezüglich der Erwartungen anderer Personen** können zum einen krankheitsbedingt sein, weil sie auch bei deutschen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen in fast der Hälfte der Fälle genannt werden. Zum anderen spielen dabei sicher unterschiedliche Vorstellungen und Erwartungen bezüglich des Verhaltens in sozialen



Situationen zwischen türkischer und deutscher Kultur eine Rolle. Im Rahmen der nonverbalen Kommunikation gibt es kulturspezifische Unterschiede, die sich vor allem in Alltagshandlungen wie grüßen, geben, nehmen und reden ausdrücken und zu Missverständnissen bei der Interaktion führen können (Wahrlich, 2002). Türkische Patienten mit psychiatrischen Diagnosen berichteten außerdem stärker Kindheitserfahrungen, die mit **Trennungserlebnissen von den Eltern** und einem **häufigen Wechsel wichtiger Bezugspersonen** in Verbindung standen als deutsche Patienten mit psychiatrischen Diagnosen, was auf die Migration zurückzuführen ist. In den meisten Fällen erfolgte die Migration vermutlich schrittweise, d.h. nicht alle Familienmitglieder sind gleichzeitig migriert. Erstaunlich war der hohe Anteil deutscher KHK-Patienten mit der Erfahrung länger dauernder Trennungen von den Eltern in der Kindheit. Möglicherweise spiegeln sich darin personelle Verluste durch das Kriegsgeschehen im 20. Jahrhundert wider. **Religionsbedingte Probleme** betrafen lediglich eine kleine Gruppe türkischer Patienten von 10%, die eine geringere Akulturation aufwies und noch am ehesten mit dem religiös-verwurzelten Migranten-Milieu in Verbindung gebracht werden kann (vgl. Sinus Sociovision, 2007).

#### 4.1.2 Schlechtere Behandlungsergebnisse bei türkischen Patienten

Insgesamt zeigten sich für beide Diagnosegruppen schlechtere Behandlungsergebnisse bei Patienten türkischer Herkunft. So litten türkische Patienten stärker unter ihren körperlichen und psychischen Symptomen (BSI), und hatten in sämtlichen Bereichen eine niedrigere subjektive Lebensqualität (WHQOL-BREF; EQ-5D). Türkische Patienten mit koronaren Herzerkrankungen schnitten zusätzlich bezüglich selbst- und fremdeingeschätzter krankheitsspezifischer Behandlungsergebnis-Indikatoren wie Anginabeschwerden unter Belastung, Einschränkung und Risikofaktoren schlechter ab, türkische Patienten mit psychiatrischen Diagnosen bei den Fremdeinschätzungen GAF, CGI und BSS im Vergleich zu der deutschen Stichprobe. Weiterhin profitierte die deutsche Gruppe mit psychiatrischen Diagnosen Selbsteinschätzungen (BSI, WHOQOL-BREF, EQ-5D) zufolge stärker von der Behandlung als die türkische Gruppe mit psychiatrischen Diagnosen, was an den Interaktionseffekten abzulesen war. Nicht nur zum Zeitpunkt der Entlassung t1, sondern bereits bei Aufnahme der Behandlung t0 zeigten sich

stärkere Belastungen in allen Behandlungsergebnis-Indikatoren bei türkischen Patienten. Diese Ergebnisse entsprechen der bisherigen empirischen Befundlage (vgl. 1.1.1). Obwohl türkische Patienten schlechter abschnitten, gab es auch in diesen Gruppen Verbesserungen bezüglich fast aller Behandlungsergebnis-Parameter nach der Behandlung, sodass man nicht von völlig wirkungslosen Behandlungen ausgehen muss. Ähnlich zeigten sich in einer Studie von Nickel, Lojewski und Mitarbeitern (2006) bei 195 türkischen Patienten nach 40 Tagen stationär psychosomatischer Behandlung in fast allen Skalen der Symptom Checklist SCL-90-R signifikante Verbesserungen. In der vorliegenden Arbeit zeigten sich bezüglich einiger Behandlungsergebnis-Indikatoren sowohl bei deutschen als auch bei türkischen Patienten keine signifikanten Zeiteffekte. Beispielsweise verbesserte sich die mit dem WHOQOL-BREF erfasste subjektive Lebensqualität bei KHK-Patienten lediglich im körperlichen und allgemeinen Bereich. Keine Verbesserungen im psychischen Wohlbefinden in den KHK-Gruppen sind angesichts der körperlich orientierten Behandlung dieser Gruppen nachvollziehbar. Zeiteffekte der sozialen und umweltbezogenen Lebensqualität blieben ebenso aus, weil diese Bereiche weniger durch therapeutische Maßnahmen beeinflusst werden. Lediglich bei türkischen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen kam es zu einem signifikanten Anstieg der umweltbezogenen Lebensqualität nach der Behandlung. Nach Franz, Meyer, Reber & Gallhofer (2000) müssen subjektive und objektive Lebensqualität nicht übereinstimmen, da Anpassungsprozesse die subjektive Lebensqualität verändern können, während die objektiven Umstände gleich bleiben.

Die stärkere Ausprägung türkischer KHK-Patienten auf sämtlichen KHK-spezifischen Risikofaktoren in der vorliegenden Arbeit steht im Einklang mit der bisherigen Befundlage, derzufolge Migranten z.B. eine höhere Prävalenz für Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung und Übergewicht im Vergleich zu einheimischen Bevölkerungsgruppen aufweisen (Onat, 2001; Daryani et al., 2005; Gadd et al., 2005). Die Behandlung wirkte sich nicht auf die Einschätzung von Risikofaktoren aus, d.h. zu Beginn und am Ende der Behandlung wurden im Durchschnitt ähnlich starke Risikofaktoren beider KHK-Gruppen berichtet. Bei der von türkischen KHK-Patienten subjektiv eingeschätzten Risikofaktoren „Bewegungsmangel“ und „Bluthochdruck“ verzeichneten sich sogar stärkere Anstiege von Aufnahme zu Entlassung. Darin könnte sich ein positiver Behandlungseffekt

reflektieren, der ein stärkeres Problembewusstsein oder eine bessere Wahrnehmung bezüglich KHK-spezifischer Risikofaktoren indiziert. Möglicherweise waren gerade türkische Patienten mit koronaren Herzerkrankungen zu wenig über bestimmte Risikofaktoren und deren Zusammenhänge zu ihrer Erkrankung informiert. Für diese Interpretation spricht auch, dass besser akkulturierte türkische KHK-Patienten eine höhere Ausprägung auf selbstberichteten Risikofaktoren bei Entlassung aufwiesen im Vergleich zu schlechter akkulturierten Personen. Durch psychische Symptome belastet fühlten sich beide KHK-Gruppen im Vergleich zu den psychiatrischen Gruppen eher weniger, was angesichts der Diagnosen logisch ist. Trotzdem litten auch türkische KHK-Patienten zu beiden Messzeitpunkten stärker unter diesen Beschwerden als deutsche KHK-Patienten. Während deutsche KHK-Patienten mit hoher psychischer Belastung stärkere Anginabeschwerden bei körperlicher Belastung hatten und als stärker beeinträchtigt durch die Beschwerden von Behandlern eingeschätzt wurden, konnten keine bedeutsamen Zusammenhänge zwischen Ausprägungen auf dem BSI und KHK-spezifischen Behandlungsergebnis-Parametern bei türkischen KHK-Patienten gefunden werden. Die schlechteren kardiologisch spezifischen Behandlungsergebnisse bei türkischen Patienten können demgemäß nicht auf eine höhere psychische Belastung dieser Patientengruppe zurückgeführt werden. Dem aktuellen Forschungsstand zufolge existiert jedoch eine Vielzahl von Studien zu Auswirkungen psychischer Belastungen wie z.B. Angst, Depressivität oder Feindseligkeit auf die Entstehung, den Verlauf und die Mortalitätsrate koronarer Herzerkrankungen (siehe Suls & Bunde, 2005). Trotz unklarer inkonsistenter Befundlage, insbesondere bezüglich des Einflusses von Depressionen (Whooley, 2006; Carney, Freedland & Sheps, 2004; Wulsin et al., 2005; Naqvi, Naqvi und Merz, 2005), kann von negativen Auswirkungen negativer Affekte ausgegangen werden. Beispielsweise berichten Rafanelli und Mitarbeiter (2005) eine bedeutsame Prädiktionskraft von Depressionen für das Überleben nach einem Myokardinfarkt, Kubzansky, Cole, Kawachi, Vokonas und Sparrow (2006) von konsistenten Zusammenhängen zwischen Angst und der Krankheitsschwere sowie zwischen Wut und Angina Pectoris, während Sirois & Burg (2003) Feindseligkeit als negativen prognostischen Faktor für koronare Herzerkrankungen nachwiesen. Die genauen Zusammenhangsmechanismen werden bisher lediglich diskutiert. Negative Emotionen könnten z.B. über Mediatoren wie erhöhten Blutdruck, fehlende Stresspuf-

fer, erhöhte Plasmakatecholamine und eine verringerte Herzratenvariabilität wirken (zusammenfassend siehe Suls & Bunde, 2005).

Türkische Patienten der vorliegenden Arbeit, die psychiatrische Diagnosen aufwiesen, zeigten eine stärkere Belastung über alle BSI-Skalen im Vergleich zu deutschen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen. Besonders auffallend war das völlige Ausbleiben einer Reduktion des Leidens unter Somatisierung und unter paranoiden Tendenzen. Die Therapieresistenz dieser beiden Beschwerdebereiche in der türkischen psychiatrischen Gruppe könnte zum einen am Chronifizierungsgrad liegen, zum anderen an einem mangelhaften Eingehen auf diese Problembereiche in der Behandlung. Obwohl körperbezogene Therapieangebote von türkischen Patienten in der Mehrheit in Anspruch genommen wurden, hatten diese keinen bedeutsamen Einfluss auf das Ausmaß der körperlichen Beschwerden. Bei deutschen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen zeigten sich lediglich bezüglich der Skala „Psychotizismus“ keine signifikanten Veränderungen, sondern -ähnlich wie bei der Somatisierung in der türkischen psychiatrischen Gruppe- ein leichter Anstieg von Aufnahme t0 zu Entlassung t1. Die Stichproben umfassten keine Patienten mit psychotischen Erkrankungen und die jeweiligen Therapiekonzepte richteten sich auf Störungen aus dem F3-Bereich und F4-Bereich der ICD-10, sodass möglicherweise solche Problembereiche erst gar nicht angesprochen wurden.

Im Gegensatz zu bisherigen Studien hat sich die vorliegende Arbeit detailliert mit möglichen Ursachen und Erklärungen für schlechtere Behandlungsergebnisse bei türkischen Patienten auseinandergesetzt. Kovarianzanalysen zufolge (siehe Anhang 44) leistete insbesondere Neurotizismus einen signifikanten Beitrag zur Aufklärung unterschiedlicher Behandlungsergebnisse, gefolgt von migrationsassoziierten Belastungen und dem Beschäftigungsstatus. In den psychiatrischen Gruppen spielte zusätzlich der Rentenwunsch für die Fremdeinschätzungen eine bedeutende Rolle. Neurotizismus ist derjenige Persönlichkeitsfaktor, der alleine schon durch seine Items wie z.B. „Ich fühle mich oft angespannt und nervös“, „Manchmal fühle ich mich völlig wertlos“ oder „Ich fühle mich anderen oft unterlegen“ die im Vergleich zu den anderen erfassten Persönlichkeitsfaktoren größte inhaltliche Nähe zu psychischen Behandlungsergebnis-Indikatoren aufweist und Forschungsbefunden zufolge ein sehr wichtiger Prädiktor für die Entstehung und

den Verlauf von körperlichen und psychischen Erkrankungen darstellt, besonders unter Verwendung subjektiver Einschätzungen. Die Wichtigkeit starker Rentenwünsche für die Arzteinschätzungen könnte über Mechanismen der Selbstdarstellung vor dem Behandler laufen. Patienten mit starken Rentenwünschen haben vermutlich weniger Interesse daran als Patienten mit fehlendem oder schwachen Rentenwunsch, ein gutes Behandlungsergebnis zur Schau zu stellen, da es ihren Interessen entgegengesetzt wäre. Die Ergebnisse der Regressionsanalysen (siehe 3.9) liefern Hinweise auf Ursachen schlechterer Behandlungsergebnisse bei Patienten türkischer Herkunft. Eine Vielzahl der Besonderheiten türkischer Patienten bezüglich krankheitsrelevanter Faktoren prädizierten nämlich schlechte Behandlungsergebnisse. So kommen in der türkischen KHK-Gruppe folgende Besonderheiten im Vergleich zur deutschen KHK-Gruppe als mögliche Ursache der schlechteren Therapiebefunde in Frage:

- 1.) Ein stärkerer Glaube an negative Krankheitskonsequenzen
- 2.) Eine stärkere Ausprägung in maladaptiver Stressverarbeitung
- 3.) Eine stärkere Ausprägung in Neurotizismus
- 4.) Stärkere Rentenwünsche
- 5.) Eine schwächere Ausprägung in Gewissenhaftigkeit
- 6.) Eine niedrigere Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung durch Freunde
- 7.) Ein stärkeres Leiden unter migrationsassoziierten Belastungen

In kovarianzanalytischen Auswertungen wurden diese Besonderheiten als Kovariaten kontrolliert (siehe Anhang 44). Für die subjektive Symptombelastung bei t0 und t1 (BSI) klärte nur Neurotizismus einen signifikanten Varianzanteil auf, der für die t0-Werte bei 72% (GSI) und 78% (PST) lag, für die t1-Werte bei 35% (GSI) und 32% (PST). Selbstverständlich muss an dieser Stelle beachtet werden, dass mögliche Einflüsse des Neurotizismus (z.B. die Förderung einer pessimistischen, negativ verzerrten Sichtweise) sowohl auf die Behandlungsergebnisparameter als abhängige Variablen als auch auf die krankheitsrelevanten Faktoren als unabhängige Variablen wirken können, und damit möglicherweise Zusammenhänge zwischen unabhängigen und abhängigen Variablen erzeugt ha-

ben. Die Herkunftseffekte waren dabei nicht mehr signifikant. Während sowohl die körperliche und globale subjektive Lebensqualität als auch die KHK-spezifischen Behandlungsergebnis-Indikatoren weder von der Herkunft noch von den Kovariaten signifikant aufgeklärt werden konnten, klärte bei psychischer und sozialer Lebensqualität wieder der Neurotizismus signifikant Varianz auf. Lediglich bei der umweltbezogenen Lebensqualität zu t0 blieb trotz Kontrolle der Kovariaten ein signifikanter Herkunftseffekt (51% Varianzaufklärung) bestehen. Für die soziale Lebensqualität t1 gab es darüber hinaus signifikante Varianzaufklärungen durch den Glauben an negative Krankheitskonsequenzen (41%) und maladaptive Stressverarbeitung (34%), für die umweltbezogene Lebensqualität t0 ebenso durch maladaptive Stressverarbeitung (35%), aber auch durch Gewissenhaftigkeit (33%) und Neurotizismus (61) (siehe Anhang 44).

In der türkischen Gruppe mit psychiatrischen Diagnosen könnten im Gegensatz zur KHK-Gruppe folgende Besonderheiten im Vergleich zur deutschen psychiatrischen Gruppe Unterschiede in Behandlungsergebnissen erklären:

- 1.) Ein schwächerer Glaube an die Behandlungswirksamkeit
- 2.) Ein schwächerer Glaube an den eigenen Einfluss auf die Erkrankung
- 3.) Eine stärkere Überzeugung von einem chronischen Krankheitsverlauf
- 4.) Eine niedrigere Ausprägung in adaptiver Stressverarbeitung
- 5.) Eine niedrigere Ausprägung in Extraversion,
- 6.) Eine niedrigere Ausprägung in Verträglichkeit
- 7.) Eine niedrigere Ausprägung in Gewissenhaftigkeit
- 8.) Eine niedrigere Ausprägung in Offenheit für Erfahrung
- 9.) Eine niedrigere Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung durch Freunde
- 10.) Eine geringere Behandlungsmotivation (Arzteinschätzung)
- 11.) Stärker ausgeprägte Rentenwünsche
- 12.) Eine größere Zahl an Migrationsbelastungen und ein stärkeres Leiden unter diesen Belastungen

Unter Kontrolle dieser Besonderheiten blieben in kovarianzanalytischen Auswertungen trotzdem sehr viele Herkunftseffekte weiterhin signifikant, z.B. bezüglich

des GSI und der subjektiven Lebensqualität in allen Bereichen bei Entlassung t1. Die Arzteinschätzungen CGI, GAF und BSS wurden hingegen weder von der Herkunft noch von den Kovariaten signifikant aufgeklärt. Eine adaptive Stressverarbeitung eignete sich im Vergleich zu den anderen Variablen am besten zur Aufklärung der Unterschiede bei psychischer Lebensqualität t0 (19%), globaler Lebensqualität t0 (13%) und der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes EQ-5D VAS t0 (11%), die Unterstützung durch Freunde klärte den größten Varianzanteil mit 23% bei sozialer Lebensqualität t0 auf und Extraversion mit 20% bei psychischer Lebensqualität t1 (siehe Anhang 44), was zum Teil wieder durch ihre negative Korrelation mit dem Neurotizismus erklärt werden kann.

Über welche Mechanismen diese Faktoren auf die Behandlungsergebnisparameter wirken könnten, wurde zum Teil anhand der Pfadmodelle analysiert (vgl. 4.1.4).

Die Auswertung eines zusätzlichen Erhebungsinventars bei etwa 80 Patienten der Klinik am Südpark, die psychiatrische Diagnosen hatten, indizierte als weitere mögliche Ursachen für die schlechteren Behandlungsergebnisse eine stärkere körperliche Selbstaufmerksamkeit als auch stärkere hypochondrische Beschwerden insbesondere im Hinblick auf eine stärkere Somatisierungsausprägung im Brief Symptom Inventory, die natürlich auch Hauptsymptome der im Neurotizismus enthaltenden Konstrukte umfassen. Türkische Patienten mit psychiatrischen Diagnosen, die stärker davon ausgingen, eine schlimme Krankheit zu haben und die schmerzempfindlicher waren oder empfindlicher für körperliche Reize, hatten eine stärkere Somatisierung bei Aufnahme und Entlassung aus der Behandlung. Inadäquate oder suboptimale Behandlungsangebote mögen als Ursache für schlechtere Behandlungsergebnisse bei türkischen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen ebenso in Betracht kommen, da sie sich tendenziell überforderter durch die Behandlung fühlten und weniger Verständnis dafür hatten, sich in der Behandlung trotz ihres Leidens anzustrengen oder zu bemühen. Das Vorliegen stärkerer Versorgungswünsche bei türkischen Patienten, die durch die Behandlung unerfüllt bleiben oder im Behandlungssetting zu wenig Berücksichtigung finden, könnten darüber hinaus zu einem Misslingen der Behandlung beigetragen haben. Stärkere Versorgungswünsche zeichneten sich tatsächlich in unterschied-

lichen Bereichen ab, so z.B. in Bezug auf die familiäre Betreuung, auf die staatliche Versorgungslage und auf die Unterstützung im Umgang mit Behörden.

Zusammenfassend zeigten sich also eine Vielzahl krankheitsrelevanter Besonderheiten bei Patienten türkischer Herkunft, die tatsächlich mit schlechten Behandlungsergebnissen assoziiert waren bzw. signifikant schlechte Behandlungsergebnisse vorhersagen konnten. Die Assoziationen zwischen den selbsteingeschätzten Variablen und Behandlungsergebnis-Parametern werden sicher auch durch internale Faktoren mitbedingt sein, wie z.B. Persönlichkeit, soziale Unterstützung oder Motivation.

Neben diesen Faktoren, die innerhalb der Person liegen, müssen bei der Ursachensuche jedoch auch externale Aspekte betrachtet werden. Unter 1.1.2 wurden einige dieser äußeren Einflüsse aufgeführt wie z.B. eine größere Anzahl an Fehldiagnosen oder Fehlbehandlungen, mangelnde Kenntnisse über kulturspezifische Besonderheiten auf Seiten der Behandler sowie Barrieren, die eine zeitnahe adäquate Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten verhindern. So könnten Informationsmängel, Defizite in der Gesundheitsaufklärung und unzureichende Kenntnisse über die Strukturen des Gesundheitssystems und ein sehr niedriges krankheitsbezogenes Informationsniveau bezüglich moderner Diagnose- und Therapietechnik als Hindernisse wirken. Auch Sprachschwierigkeiten könnten türkische Migranten daran hindern, Versorgungsangebote frühzeitig zu nutzen (Wimmer-Puchinger & Baldaszi, 2001; Kilcher & Spieß, 2003, Glier, Tietz & Rodewig, 2001; Mirdal, 1984). Die Nutzung psychotherapeutischer und psychosozialer Versorgungsangebote könnte zudem durch Scham, Angst vor Arbeitsplatzverlusten (Glier et al., 2001; Mirdal, 1984; Schouler-Ocak, 2003), Zurückhaltung gegenüber einer isolierten psychologischen Beratung (Gaitanides, 2001) sowie Unsicherheiten bezüglich der Finanzierung (Schouler-Ocak, 2003) erschwert werden. Es ist naheliegend, Interaktionen zwischen inneren und äußeren Einflussfaktoren anzunehmen. So dürften falsche Diagnosen und Behandlungen im Anfangsstadium der Erkrankung auf Seiten des Patienten zu einer Chronifizierung der Störung führen und den Glauben an die Wirksamkeit von Behandlungen reduzieren. Wenn dieser Patient dann Jahre später endlich eine adäquate Behandlung bekommt, kann diese durch die starke Chronifizierung oder fehlende Compliance aufgrund schlechter Lernerfahrungen in der Vergan-



genheit verkompliziert werden und als Folge davon erfolglos bleiben. Mangelnde Kenntnisse über die Erwartungshaltungen türkischer Patienten und ihrer Tendenz, psychosoziale Konflikte in den somatischen Bereich zu übertragen, können ebenso zu Fehlern bei Diagnostik und Behandlung beitragen. Die Entstehung starker Rentenwünsche bei Patienten türkischer Herkunft könnten Folge einer langen Serie von Fehlbehandlungen sein, die den Patienten resignieren und aufgeben lassen, sodass er die Rente als einzige Option sieht. Auch die hohe Arbeitslosigkeitsrate und die Belastungen, denen türkische Migranten in Deutschland an ihren Arbeitsplätzen ausgesetzt sind, können zur Entstehung von Rentenwünschen beitragen, und damit Behandlungserfolge erschweren.

#### **4.1.3 Direkte Effekte krankheitsrelevanter Faktoren auf die Behandlungsergebnisse**

Den Regressionsanalysen zufolge (vgl. 3.9) erwiesen sich alle erfassten krankheitsrelevanten Faktoren als mehr oder weniger unmittelbar relevant für einzelne Behandlungsergebnis-Parameter bei Entlassung t1.

**Subjektive Krankheitsvorstellungen** sagten in den KHK-Gruppen weniger Behandlungsergebnis-Parameter vorher als in den psychiatrischen Gruppen. Dafür kommen methodische (die kleineren Stichprobengrößen) und inhaltliche Ursachen (eine tatsächlich geringere Vorhersagekraft oder indirekte Effekte subjektiver Krankheitskonzepte auf die Behandlungsergebnisse) in Frage. Gerade für deutsche KHK-Patienten zeigten sich kaum Effekte subjektiver Krankheitsvorstellungen auf die Behandlungsergebnisse. Subjektive Krankheitskonzepte prädizierten fast ausschließlich selbsteingeschätzte Behandlungsergebnis-Parameter. Höhere Korrelationen zwischen selbsteingeschätzten Behandlungsergebnis-Parametern als zwischen selbst- und fremdeingeschätzten Maßen, - insbesondere in den psychiatrischen Gruppen- indizieren eine Drittvariable oder einen Sekundärfaktor, der alle selbsteingeschätzten Maße beeinflusst. Kovarianzanalytische Auswertungen haben gezeigt, dass der Neurotizismuswert möglicherweise ein solcher Faktor sein könnte, da er sowohl an der Aufklärung unterschiedlicher Ausprägungen auf krankheitsrelevanten Faktoren als auch auf Behandlungsergebnis-Indikatoren signifikant beitrug (siehe Anhang 43). So neigen Personen mit hohem Neurotizismuswert eher dazu, negative, pessimistische oder schlechte

Selbsteinschätzungen abzugeben. Bei Betrachtung einzelner Facetten subjektiver Krankheitsvorstellungen fällt die Vielzahl direkter Effekte eines starken ***Glaubens an die Behandlungswirksamkeit*** für die subjektive Symptombelastung und Lebensqualität bei deutschen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen auf. Auch bei türkischen Patienten beider Diagnosegruppen zeigten sich positive Effekte auf einzelne Selbsteinschätzungsmaße bei Entlassung, sodass davon ausgegangen werden kann, dass ein starkes Vertrauen in die Effektivität der Behandlung unabhängig von Kultur oder Herkunft behandlungsförderlich ist. Ein starker ***Glaube an den persönlichen Einfluss*** hatte in den KHK-Gruppen keine direkte Vorhersagekraft, was zum einen auf einen fehlenden Einfluss hinweisen könnte, zum anderen auf das Vorliegen indirekter Effekte über Drittvariablen. In der türkischen Gruppe mit psychiatrischen Diagnosen prädizierte diese Facette lediglich eine niedrige Zahl an Symptomen im BSI bei Entlassung, während sie bei deutschen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen keine direkten Effekte entfaltete. Indirekte Effekte in den psychiatrischen Gruppen werden unter Punkt 4.1.4 diskutiert. Die fehlende Bedeutsamkeit der Skala „***Kohärenz***“ für das Behandlungsergebnis könnte an der schwammigen Formulierung ihrer Items liegen oder an ihrer Unabhängigkeit von Behandlungsergebnis-Parametern. Der ***Glaube an einen chronischen Krankheitsverlauf*** prädizierte nur bei türkischen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen und deutschen KHK-Patienten schlechte Behandlungsergebnisse, während für deutsche Patienten mit psychiatrischen Diagnosen ***die Überzeugung von negativen Krankheitskonsequenzen*** wichtiger war. Es ist schwierig an dieser Stelle, Hypothesen aufzustellen, da es sich um ein stichprobenspezifisches Ergebnis handeln könnte, zumal beide Facetten Forschungsbefunden zufolge negative Effekte auf Behandlungsergebnis-Parameter aufweisen müssten (vgl. 1.2.2.2). Möglicherweise spielt die Chronifizierung der Erkrankung bei türkischen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen eine größere Rolle für schlechtere Behandlungsergebnisse, weil sie chronischer in die Behandlung kommen und dann tatsächlich weniger gut auf die Behandlung ansprechen (vgl. 1.1.1). Fehlende direkte Effekte ***negativer emotionaler Reaktionen*** verblüffen ein wenig, da man eine inhaltliche Überschneidung einiger Items wie „die Krankheit macht mich wütend“ oder „die Krankheit macht mir Angst“ mit den Subskalen „Ängstlichkeit“, „Depressivität“ und „Feindseligkeit“ des Brief Symptom Inventory BSI annehmen würde. Da jedoch in die Prädikto-

ranalysen der t0-Wert des jeweiligen Behandlungsergebnis-Parameters mit aufgenommen wurde, besteht bei Skalen, die eine starke inhaltliche Nähe zu diesen Parametern aufweisen, die Gefahr von Suppressionseffekten. Tatsächlich zeigten sich in den psychiatrischen Gruppen sehr hohe Korrelationen zwischen der Skala „Emotionale Reaktionen“ und dem „Global Severity Index t0“. Auch die fehlenden Effekte des **Glaubens an einen zyklischen Krankheitsverlauf** bleiben zunächst unklar. Indirekte Effekte all dieser Skalen werden unter 4.1.4 diskutiert.

Die **krankheitsspezifische Stressverarbeitung** hat im Vergleich zu anderen krankheitsrelevanten Faktoren eher weniger Behandlungsergebnis-Parameter bei Entlassung t1 prädiziert. In den KHK-Gruppen sagte maladaptive Stressverarbeitung je zwei Parameter vorher, während adaptive Stressverarbeitung keine direkten Effekte entfaltete. Dabei trug **maladaptive Stressverarbeitung** zu schlechten Behandlungsergebnissen bei wie es dem aktuellen Forschungsstand entspricht (zusammenfassend siehe Dörner, 2004). So finden sich beispielsweise in Studien bei Patienten mit ICD-Gerät positive Zusammenhänge zwischen ausgeprägter emotionaler Stressverarbeitung und psychologischem Distress (Craney, Mandle, Munro & Rankin, 1997) und bei Patienten nach einer Bypass-Operation negative Korrelationen zwischen der funktionalen Kapazität und emotionsfokussierter Stressverarbeitung (Ben-Zur, Rappaport, Ammar & Uretzky, 2000). Nach Terry (1992) erschwert diese Stressverarbeitungsform die Anpassung an einen Herzinfarkt, nach Rogner, Bartram, Hardinghaus, Lehr und Wirth (1994) prädizierte eine depressiv getönte Krankheitsverarbeitung während einer Anschlussheilbehandlung bei Herzinfarktpatienten unabhängig von der Schwere des Infarktes ein kardiales Ereignis 4 Jahre später. Psychopathologisch auffällige Herzinfarktpatienten nutzen eher Flucht-Vermeidungs-Strategien (Garcia, Valdes, Jodar, Riesco & de Flores, 1994). Auch Titscher und Schöppel (2000) fanden ein höheres Ausmaß an Restenosebildung 3 Monate nach PTCA bei Patienten mit resignativer und depressiver Stressverarbeitung. Emotionale Verarbeitung geht scheinbar mit stärkeren emotionalen Problemen bei Patienten mit koronaren Herzerkrankungen einher (Dunbar et al., 1999; Lowe, Norman & Bennett, 2000). Negative Effekte der maladaptiven Stressverarbeitung ergeben sich vermutlich über die Aktivierung negativer Affekte wie Depressivität oder Ängstlichkeit auf KHK-spezifische Parameter. Bei türkischen KHK-Patienten hatte diese Stress-

verarbeitungsform entgegen der Erwartungen einen reduzierenden Einfluss auf die Selbsteinschätzungen der Risikofaktoren. Eine starke Ausprägung auf selbst-eingeschätzten Risikofaktoren kann jedoch auch im Sinne eines positiven Behandlungseffektes gedeutet werden. Personen, die ihre Risikofaktoren bei Entlassung höher einschätzen, haben in der Behandlung möglicherweise ein größeres Bewusstsein dafür erzielt. **Adaptive Stressverarbeitung** korrelierte bei deutschen KHK-Patienten mit keinem der Behandlungsergebnis-Parameter, bei türkischen KHK-Patienten nur mit der subjektiven Symptombelastung und Lebensqualität. Weshalb eine problemfokussierte Verarbeitungsweise in den Regressionsanalysen keinen signifikanten Beitrag in der ersteren Gruppe lieferte, könnte an Suppressionseffekten oder an der kleinen Stichprobe liegen. Dadurch, dass es weniger über Affekte vermittelt wird als vielmehr über emotionsneutrale, kognitive Mechanismen der Handlungsplanung ist es vielleicht auch weniger relevant für die Behandlungsergebnisse. Genausowenig prädizierte adaptive Stressverarbeitung Behandlungsergebnisse bei deutschen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen. Zusätzliche Korrelationsanalysen ergaben jedoch positive Zusammenhänge zu Bereichen der subjektiven Lebensqualität bei Entlassung t1. Bei türkischen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen besaß adaptive Stressverarbeitung hingegen signifikante Prädiktionskraft für die subjektive Symptombelastung und das physische Wohlbefinden bei Entlassung. Maladaptive Stressverarbeitung sagte hingegen nur in der deutschen Gruppe mit psychiatrischen Diagnosen direkt negative Behandlungsergebnisse vorher so wie es in der Literatur gerade im Rahmen depressiver Störungen berichtet wird (Parker et al., 1986; Lam et al, 2001; vgl. 1.2.4.4). Adaptive und maladaptive Stressverarbeitung entfalteten zwar wenig direkte Effekte, was ihre Wichtigkeit für Behandlungsergebnisse jedoch aufgrund indirekter Effekte (vgl. 4.1.4) nicht in Frage stellen kann. Genauso wie bei subjektiven Krankheitskonzepten wurden hauptsächlich selbst-eingeschätzte Behandlungsergebnis-Parameter vorhergesagt. **Persönlichkeitsfaktoren** waren entsprechend der bisherigen Forschungsbefunde (siehe 1.2.5.3) unabhängig von Diagnose und Herkunft in der vorliegenden Arbeit sehr gute Prädiktoren der Behandlungsergebnisse. Sie prädizierten in allen 4 Gruppen eine Vielzahl selbsteingeschätzter Behandlungsergebnis-Parameter bezüglich Symptombelastung und Lebensqualität, wohingegen Fremdeinschätzungen bis auf eine Ausnahme nicht signifikant vorhergesagt wurden. **Neurotizismus** sagte bei-

spielsweise in beiden KHK-Gruppen eine hohe subjektive Symptombelastung bei Entlassung vorher, was u. a. an einer inhaltlichen Überschneidung beider Konstrukte liegen kann, gerade in Bezug auf die BSI-Skalen „Ängstlichkeit“ und „Depressivität“. Dem aktuellen Forschungsstand zufolge ist die Typ-D-Persönlichkeit, bzw. der sogenannte gestresste Persönlichkeitstyp Risikofaktor für ein erhöhtes Mortalitätsrisiko und andere aversive Behandlungsergebnis-Indikatoren bei Patienten mit kardiologischen Erkrankungen (vgl. 1.2.5.3; Denollet, 1998; Denollet, Pedersen, Vrints & Conrads, 2006). Beispielsweise prädizierte die **Typ-D-Konstellation** die Stärke ängstlicher Symptome bei Patienten mit Herzfehlern (Schiffer, Pedersen, Broers, Widdershoven & Denollet, 2008). De Fruyt und Denollet (2002) konnten herausfinden, dass Personen mit Typ-D-Persönlichkeitsmerkmalen erhöhte Neurotizismuswerte und gleichzeitig reduzierte Ausprägungen auf Extraversion, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit haben. Auch in einer Studie von Chapman, Duberstein und Lyness (2007) stand dieses Muster bei einer Stichprobe älterer Menschen mit einer Reihe unterschiedlicher Krankheits-Indikatoren im Zusammenhang, wie z.B. mit dem globalen Funktionsniveau, dem selbsteingeschätzten Gesundheitszustand und einem Multimorbiditätsindex (Chapman et al., 2007). Die Ergebnisse unserer Regressionsanalysen stimmen größtenteils mit diesem Muster überein. Bei deutschen KHK-Patienten führten nämlich niedrige Gewissenhaftigkeit und ein hoher Neurotizismus zu schlechten Behandlungsergebnissen, bei türkischen KHK-Patienten ebenso hoher Neurotizismus und außerdem niedrige Werte in Extraversion und Gewissenhaftigkeit. Weshalb gerade diese Persönlichkeitsausprägungen zu schlechten Behandlungsergebnissen bei KHK-Patienten beitragen, kann unterschiedliche Ursachen haben. Die Effekte könnten über psychophysiologische Prozesse vermittelt werden. So fand man z.B. eine Assoziation zwischen Typ D-Persönlichkeit und erhöhten Cortisolreaktionen auf Stress (Habra, Linden, Anderson & Weinberg, 2003). Auch gesundheitsbezogene Verhaltensweisen können als Mediatoren der Effekte fungieren, wie z.B. adaptive und maladaptive Stressverarbeitung im Rahmen der an psychiatrischen Patienten überprüften Pfadmodelle (vgl. 4.1.4). Eine niedrige Ausprägung in **Gewissenhaftigkeit** in den KHK-Gruppen kann über eine reduzierte Selbstdisziplin und ein verringertes Pflichtbewusstsein unter Umständen gesundheitsschädigende Verhaltensweisen im Umgang mit Risikofaktoren fördern. Eine niedrige **Extraversion** hingegen steht mit sozialer

Inhibition als Bestandteil des Typ-D-Profiles in positivem Zusammenhang (siehe Perbandt, Hodapp, Wendt & Jordan, 2006). Dass Extraversion bei deutschen KHK-Patienten keinen direkten signifikanten Effekt auf die Behandlungsergebnisse entfaltet, kann methodische (Suppressionseffekte, hohe negative Korrelation mit Neurotizismus) oder inhaltliche Ursachen (fehlender Effekt, indirekte Effekte) haben. Ein ausbleibender direkter Effekt der **Verträglichkeit** auf die Behandlungsergebnisse in beiden KHK-Gruppen verwundert angesichts der Bedeutsamkeit von Feindlichkeit für kardiologische Behandlungsergebnis-Parameter (siehe z.B. Boyle & Mitarbeiter, 2004). Obwohl der aktuelle Forschungsstand auf keine Zusammenhänge zwischen **Offenheit für Erfahrung** und Behandlungsergebnis-Parametern schließen lässt, wirkte sich eine hohe Ausprägung auf dieser Skala bei türkischen KHK-Patienten negativ aus. Erklärungen dafür könnten in einem stärkeren Anpassungsdruck, sozialer Erwünschtheit, Leistungsdruck oder Selbstüberforderung bei Personen mit hoher Ausprägung auf dieser Skala liegen. KHK-spezifische Behandlungsergebnis-Parameter wurden (bis auf eine Ausnahme) genauso wie in einer Untersuchung von Glazer, Emery, Frid und Banyasz (2002) nicht signifikant durch Persönlichkeit vorhergesagt. Es scheint so als würden Persönlichkeitsfaktoren besonders dazu geeignet sein, selbsteingeschätzte psychosoziale Behandlungsergebnis-Indikatoren vorherzusagen. Dies konnte auch für die psychiatrischen Gruppen bestätigt werden. In der deutschen Gruppe mit psychiatrischen Diagnosen prädizierten niedrige **Neurotizismuswerte** und hohe **Extraversionen** gute Behandlungsergebnisse. Dies steht im Einklang mit dem aktuellen Forschungsstand, demzufolge hohe Neurotizismuswerte (hohe Extraversionen) mit schlechten (guten) Krankheitsverläufen bei körperlichen und psychischen Erkrankungen assoziiert sind (vgl. 1.2.5.3). So sagte beispielsweise ein stark ausgeprägter Neurotizismus eine Verstärkung depressiver Symptome bei Patienten mit bipolaren affektiven Störungen (Lozano & Johnson, 2001) und bei Personen mit dysthymen Störung 30 und 60 Monate nach der Baselineerhebung vorher (Hayden & Klein, 2001) sowie vermehrte Frührezidive für das erste Katamnesejahr im Rahmen der Major Depression (Kronmüller, Backenstraß, Reck, Kraus, Fiedler & Mundt, 2002). Extraversion dagegen gilt als bester Prädiktor für einen guten Krankheitsverlauf bei unipolaren Depressionen (Bagby, Joffe, Parker, Kalemba & Harkness, 1995) und prädizierte positive emotionale Veränderungen nach der Behandlung von Patienten mit

chronischen Rückenschmerzen (Vendrig, Derksen & de Mey, 2000). Bei türkischen Patienten der vorliegenden Arbeit, die psychiatrische Diagnosen hatten, war eine hohe Ausprägung auf der Skala „**Gewissenhaftigkeit**“ der beste Prädiktor für gute Behandlungsergebnisse. Gewissenhaftigkeit könnte in der türkischen Stichprobe mit psychiatrischen Diagnosen etwas anderes messen als in der deutschen psychiatrischen Gruppe. So korrelierte in der deutschen Stichprobe Gewissenhaftigkeit positiv mit Extraversion ( $p=.346$ ) und negativ mit Neurotizismus ( $p=-.423$ ), während die Skala mit den anderen Faktoren des NEO-FFI in keinem signifikanten Zusammenhang stand. Beim Weglassen von Neurotizismus und Extraversion als Prädiktoren im Rahmen der Regressionsanalysen prädizierte Gewissenhaftigkeit lediglich eine hohe subjektive Lebensqualität im körperlichen und psychischen Bereich bei Entlassung t1, sodass die fehlende Prädiktionskraft bei allen anderen Parametern nicht auf Suppressionseffekte von Neurotizismus und Extraversion zurückgeführt werden kann. Es liegt aus diesem Grunde nahe, von inhaltlichen Unterschieden der Bedeutsamkeit der „Gewissenhaftigkeit“ zwischen türkischer und deutscher psychiatrischer Gruppe auszugehen. Dies indizierend zeigten sich in der türkischen psychiatrischen Gruppe nicht nur Zusammenhänge der Gewissenhaftigkeit mit Neurotizismus und Extraversion, sondern auch positive Korrelationen mit Offenheit und Verträglichkeit. Gülgöz (2002) fand in diesem Zusammenhang in türkischen Stichproben im Vergleich zu amerikanischen eine stärkere Zugehörigkeit des Altruismus -als Facette der Verträglichkeit- zum Faktor „Gewissenhaftigkeit“. Möglicherweise stellt Gewissenhaftigkeit aufgrund seiner signifikanten Zusammenhänge mit weiteren für das Behandlungsergebnis positiv ausgeprägten Faktoren einen besonders guten Prädiktor dar. Eine höhere **Verträglichkeit** trug in dieser Stichprobe zu einer besseren Lebensqualität im sozialen Bereich bei, und eine höhere **Offenheit** zu einer besseren Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes bei Entlassung. Bei deutschen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen hingegen konnte der Faktor „Verträglichkeit“ bereits im Rahmen der Überprüfung der Messmodelle nicht repliziert werden, da seine Items durchweg keine signifikanten Faktorladungen aufwiesen (vgl. 3.5). Die positive Wirkung der **Gewissenhaftigkeit** kann bei türkischen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen nicht nur über ein höheres Pflichtbewusstsein, bessere Compliance und strukturiertes Arbeiten bzw. strukturierte Zielsetzung vermittelt werden, sondern auch durch ein damit einhergehen-

den besseren Umgang mit Mitmenschen, weniger Misstrauen und eine größere Offenheit für Erfahrung im Rahmen der Behandlung. Gewissenhaftigkeit könnte auch über die Facette „Leistungsstreben“ gemäß dem Engagement-Modell Effekte von Optimismus und Aktivität als Facetten der Extraversion auf die Behandlungsergebnisse vermitteln (vgl. Segerstrom, 2005). Fehlende direkte Effekte der Skala „**Neurotizismus**“ auf Behandlungsergebnisse bei türkischen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen verblüffen in Anbetracht der Studie von Uluşahin und Uluğ (1997; vgl. 1.2.5.3). Als direkter Prädiktor der Behandlungsergebnisse war Neurotizismus in unserer Studie bei türkischen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen nicht geeignet, was nur zum Teil auf einen Suppressionseffekt der anderen Faktoren des NEO-FFI zurückgeführt werden kann. Beispielsweise prädizierte Neurotizismus bei Entfernung der Skala „Gewissenhaftigkeit“ aus der Regressionsanalyse die subjektive Symptombelastung und die subjektive Lebensqualität im psychischen Bereich. Bei türkischen Patienten schien eine hohe Ausprägung ressourcenorientierter Persönlichkeitssfaktoren relevanter für Behandlungsergebnisse zu sein als hohe Ausprägungen auf belastenden Persönlichkeitssfaktoren wie dem Neurotizismus. **Kritische Lebensereignisse** standen gruppenabhängig in unterschiedlich starkem Zusammenhang zu Behandlungsergebnis-Indikatoren. Bei dieser Einflussvariablen sollte jedoch bedacht werden, dass die Erinnerung und Angabe kritischer Lebensereignisse stark von positiver und negativer Grundstimmung, d.h. Persönlichkeitseigenschaften und aktuellem Befinden, geprägt sind.

Während bei türkischen KHK-Patienten die Anzahl dieser Ereignisse bezüglich des gesamten Lebens und der vergangenen 4 Jahre fast alle selbsteingeschätzten Behandlungsergebnis-Indikatoren prädizierte, konnte bei deutschen KHK-Patienten bezüglich dieser beiden Prädiktoren kein einziges signifikantes Ergebnis gefunden werden. Im Rahmen der Interviews wurde den Patienten eine Liste mit kritischen Lebensereignissen vorgegeben und ihre Aufgabe bestand darin, anzugeben, ob sie das Ereignis erlebt haben oder nicht. Es fehlte eine Einschätzung des Gefühls der Belastung durch das jeweilige Ereignis. Ein großer zeitlicher Abstand zu dem Ereignis, Gedächtniseffekte, Unterschiede in der subjektiven Bewertung, eine fehlende Betroffenheit idiosynkratischer Genese oder Ressourcen bzw. Schutzfaktoren könnten die Beziehung zwischen kritischen Lebensereignissen und Behandlungsergebnis-Indikatoren beeinflussen. Mögli-



cherweise war die deutsche KHK-Gruppe bezüglich dieser Aspekte heterogener als die türkische KHK-Gruppe. Vielleicht mangelte es der türkischen KHK-Gruppe an Resilienzfaktoren, sodass sich zwangsläufig starke Zusammenhänge zwischen kritischen Lebensereignissen und Behandlungsergebnis-Indikatoren ergeben mussten. Bei Betrachtung einzelner kritischer Lebensereignisse korrelierte jedoch in beiden Gruppen das Vorliegen **einer eigenen seelischen Erkrankung** negativ mit Parametern der Behandlungsergebnisse, bei türkischen KHK-Patienten mit 9 Maßen, bei deutschen mit 4 Maßen. Unter 4.1.2 wurden bereits einige Studien aufgeführt, die einen schlechten Einfluss von Depressionen, Ängstlichkeit und Feindseligkeit auf koronare Herzerkrankungen postulieren (siehe Suls & Bunde, 2005). In einer Studie von Rothenbacher, Hahmann, Wüsten, Twardella & Brenner (2006) zeigten KHK-Patienten mit Angstsymptomen zum Zeitpunkt ihrer Rehabilitation ein doppelt so hohes Risiko für kardiovaskuläre Zweitereignisse im Vergleich zu Patienten ohne Angstsymptome, in einer Studie von Welin, Lappas und Wilhelmssen (2000) sagte Depression bei Patienten nach ihrem ersten Herzinfarkt die Mortalitätsrate vorher. Albus und Mitarbeiter (2005) liefern eine Zusammenfassung möglicher Erklärungen für die Effekte von Feindseligkeit und Depressivität auf die Entstehung und den Verlauf koronarer Herzerkrankungen. So zeigen feindselige Menschen im Experiment bei Auslösung von Ärger höhere sympathikusvermittelte Herz-Kreislauf-Reaktionen als nicht feindselige Menschen. Auch unter Alltagsbedingungen korreliert Feindseligkeit mit einer erhöhten Sympathikusaktivierung und einer verringerten gegenregulatorischen, parasympathischen Aktivität. Depressivität hingegen korreliert mit einer erhöhten Thrombozyten-Adhäsivität, Entzündungs- und Ischämieeigung sowie einer verminderten Herzfrequenzvariabilität. Depressive Beschwerden könnten auch über mehr Essen, mehr Rauchen oder weniger Bewegung negative Effekte entfalten. Außerdem birgt eine Behandlung mit trizyklischen Antidepressiva die Gefahr eines erhöhten Risikos für kardiale Nebenwirkungen (zusammenfassend siehe Albus et al., 2005). **Arbeitsbezogener Stress** korrelierte in beiden KHK-Gruppen der vorliegenden Arbeit mit negativen Behandlungsergebnissen, während **familiäre Belastungen** wie z.B. Ehekonflikte oder Probleme der eigenen Kinder nur bei türkischen KHK-Patienten wichtig für das Behandlungsergebnis waren. Dies könnte für eine geringere Bedeutsamkeit familiärer Belastungen in der deutschen KHK-Gruppe sprechen. **Eheprobleme** kommen zumindest signifikant seltener im

Vergleich zu türkischen KHK-Patienten vor (vgl.3.7.5). An der höheren Rate an **Trennungen und Scheidungen** in der deutschen KHK-Gruppe (vgl. 3.7.5) ist abzuleiten, dass deutsche Ehepaare mit schwerwiegenderen Konflikten möglicherweise eher getrennte Wege gehen. Eine weitere Ursache eines fehlenden Zusammenhangs zwischen familiären Belastungen und Behandlungsergebnis-Indikatoren in der deutschen KHK-Gruppe könnte in schützenden Faktoren liegen, die die Beziehung mediiieren oder moderieren, wie z.B. soziale Unterstützung. Demnach würden Personen mit hoher sozialer Unterstützung weniger unter Eheproblemen und Problemen mit ihren Kindern leiden als Personen mit niedriger sozialer Unterstützung. Den Einfluss familienbezogenen Stresses bei deutschen KHK-Patienten gänzlich zu verneinen erscheint angesichts der bisherigen Forschungsliteratur nicht angebracht. Es könnte sein, dass es sich dabei um einen geschlechtsspezifischen Effekt handelt, da die KHK-Stichproben nur wenige Frauen umfassten. Orth-Gomér und Leineweber (2005) fanden dazu bei Frauen mit koronaren Herzerkrankungen die schlechteste Prognose bezüglich des erneuten Auftretens eines kardialen Ereignisses in einem 5 -Jahreszeitraum, wenn sie gleichzeitig unter familiären und arbeitsbezogenen Stressoren litten. Familiäre Stressoren korrelierten bei Frauen mit koronaren Herzerkrankungen außerdem mit depressiven Symptomen (Balog, Janszky, Leineweber, Blom, Wamala & Orth-Gomér, 2003), die ebenso zu schlechten Behandlungsergebnissen beitragen können. Wang, Leineweber, Kirkeeide, Svane, Schenck-Gustafsson, Theorell und Orth-Gomér (2007) stellten fest, dass familien- und arbeitsbezogene Stressoren ein Risiko für die Progression koronarer Herzerkrankungen bei Frauen darstellen. Eaker und Mitarbeiter (2007) berichten einen negativen Einfluss ehelichen Stresses auf die Entstehung koronarer Herzerkrankungen bei Männern, wenn ihre Frauen unter arbeitsbezogenen Stress litten. Frauen, die ihre Gefühle bei ehelichen Konflikten für sich behielten, hatten ein 4 x höheres Sterberisiko in einem Zeitraum von 10 Jahren (Eaker et al., 2007). **Arbeitsbezogener Stress** kann sich über die Erfahrung geringer Kontrolle, weniger Gestaltungsmöglichkeiten und weniger Handlungsspielräume am Arbeitsplatz krankheitsförderlich auswirken (Meier & Ackermann-Liebrich, 2005), als auch über irreguläre Arbeitszeiten (Albus et al., 2005). Gerade Schichtarbeit kann zu einer Störung der endogenen, zirkadianen Schlaf-Wach-Rhythmik beitragen, die mit einer gestörten kardialen sympathiko-vagalen Balance assoziiert ist (zusam-

menfassend siehe Albus et al., 2005). Bei der türkischen KHK-Gruppe unserer Studie standen „finanzielle Schwierigkeiten“ als Indikator eines schlechten sozioökonomischen Status mit schlechten Behandlungsergebnissen im Zusammenhang. Auch in einer Studie von Keleş, Onat, Toprak, Avci und Sansoy (2003) war ein niedriges Einkommen unabhängiger signifikanter Risikofaktor für die Entstehung einer koronaren Herzerkrankung in einem 12-Jahreszeitraum bei Personen türkischer Herkunft. Effekte eines **niedrigen Sozialstatus** können über verschiedene Mechanismen vermittelt werden: geringes Kontrollerleben am Arbeitsplatz, soziale Isolation oder geringe soziale Unterstützung, geringe Stressbewältigungsressourcen, Hoffnungslosigkeit, depressive Verstimmung und ungünstiges Gesundheitsverhalten (zusammenfassend siehe Albus et al., 2005). Viele dieser Aspekte trafen bei türkischen KHK-Patienten unserer Studie tatsächlich stärker zu als bei deutschen KHK-Patienten, so z.B. die Belastung durch psychopathologische Symptome, eine geringere Zufriedenheit mit der außerfamiliären sozialen Unterstützung, häufige Gefühle der Isolation oder stärkere maladaptive Stressverarbeitung (vgl. 3.7). Welche dieser Wirkmechanismen besonders relevant sind, sollte pfadanalytisch an größeren Stichproben untersucht werden. Obwohl sich in der deutschen KHK-Stichprobe der vorliegenden Arbeit weniger Zusammenhänge zwischen kritischen Lebensereignissen und Behandlungsergebnis-Parametern zeigten als in der türkischen KHK-Gruppe, kann insgesamt von einer kulturunabhängigen negativen Beeinflussung kritischer Lebensereignisse auf koronare Herzerkrankungen ausgegangen werden (siehe Rosengren et al., 2004). Berufliche Misserfolge, starke intrafamiliäre Konflikte, Jobverluste, Tod des Partners, Gewalt, Traurigkeit und Depressionen waren in 52 untersuchten Ländern mit einem höheren Herzinfarkttrisiko assoziiert (Rosengren et al., 2004). Beim Vergleich der beiden psychiatrischen Gruppen konnte bezüglich der beiden Summenscores „Gesamtzahl kritischer Lebensereignisse“ und „Anzahl kritischer Lebensereignisse in den vergangenen 4 Jahren“ bei Patienten türkischer Herkunft nur ein direkter negativer Effekt auf die Zahl der erlebten Symptome im Brief Symptom Inventory BSI (PST) nachgewiesen werden, während bei deutschen Patienten unterschiedliche selbst- und fremdeingeschätzte Behandlungsergebnis-Indikatoren signifikant prädiziert wurden. Dies hing u. a. damit zusammen, dass 2 der kritischen Lebensereignisse in der türkischen psychiatrischen Gruppe auf fast alle Behandlungsergebnis-Indikatoren im Sinne von

Resilienzfaktoren positiv gewirkt haben, nämlich die Erweiterung des Freizeitbereichs und der Aufbau sozialer Kontakte. Nach Eliminierung dieser beiden Items prädizierte die Gesamtzahl kritischer Lebensereignisse zusätzlich signifikant eine hohe Symptombelastung (GSI) und eine niedrige körperliche Lebensqualität (EQ-5D) bei Entlassung. Dementsprechend können kritische Lebensereignisse unabhängig von der Herkunft als Prädiktoren schlechter Behandlungsergebnisse betrachtet werden. Özer, Uluşahin, Batur, Kabakçı und Saka (2002) fanden dies belegend bei türkischen Patienten mit bipolaren Störungen eine positive Korrelation zwischen kritischen Lebensereignissen und Suizidsymptomen. Bei Betrachtung einzelner kritischer Lebensereignisse in unsere Studie fällt die in beiden Gruppen stark negative Wirkung **familiärer Belastungen** auf. Auch in einer Untersuchung von Parkerson, Broadhead und Tse (1995) waren familiäre Stressoren bei ambulanten Patienten unabhängig von Geschlecht, Alter, Herkunft und sozialer Unterstützung im Vergleich zu anderen sozialen Stressoren ein besonders starker Risikofaktor für schlechte Therapieergebnisse. In der deutschen psychiatrischen Gruppe der vorliegenden Arbeit waren Partnerschaftsprobleme, Pensionierung des Partners oder Tod des Partners für die Behandlungsergebnisse am wichtigsten. **Verlusterfahrungen** jeglicher Art, wie beispielsweise Verlust von Personen, Trennungen, Verlust von Eigentum, Verlust des Arbeitsplatzes oder Verlust von Aspekten der eigenen Gesundheit wie der Mobilität sind ein bedeutsamer Risikofaktor für depressive Episoden (Kendler, Hettema & Butera, 2003). Bei Somatisierungsstörungen prädizieren personelle Verlusterlebnisse schlechte Behandlungsergebnisse (Mallouh, Abbey & Gillies, 1995). Die in unserer Studie im Vergleich zu deutschen psychiatrischen Patienten besonders stark ausgeprägte Bedeutsamkeit von **Problemen mit den Kindern** für das Behandlungsergebnis türkischer Patienten mit psychiatrischen Diagnosen kann unterschiedliche Ursachen haben. Es könnte z.B. an stärkeren Interdependenzen zwischen Eltern und Kindern in den türkischen Familien liegen, weiterhin an dem bei türkischen Patienten tatsächlich häufigerem Vorkommen privater und finanzieller Schwierigkeiten sowie seelischer Erkrankungen der Kinder. Eine Mediation dieser Effekte über Schuldgefühle, Gefühle der Hilflosigkeit, Überforderung oder dem Gefühl als Elternteil versagt zu haben, wäre in diesem Kontext denkbar. Deutsche Patienten hingegen fühlen sich möglicherweise weniger für die Probleme ihrer Kinder verantwortlich, wenn diese erwachsen sind, und betrachten sie

eher als unabhängige selbstverantwortliche Individuen. Türkische Familien dagegen werden stärker durch kollektivistische und traditionelle Werte beeinflusst, nach denen Fehlverhalten oder Probleme der eigenen Kinder nicht unabhängig von der Familie gesehen werden, sondern als unehrenhaft oder als Schande für die gesamte Familie bewertet werden und damit zu Schamgefühlen gegenüber der Außenwelt führen können, die das Krankheitsbild wiederum verschlimmern können. Gerade über ihre Kinder geraten sie vermutlich am ehesten in Kontakt mit Werten, Vorstellungen und Besonderheiten der neuen Kultur, die Konfliktpotential bieten, wenn es den türkischen Familien an angemessenen Stressverarbeitungsstrategien mangelt. Dass ***schwerwiegendere Streitigkeiten in der Ehe und Trennungen/ Scheidungen vom Partner*** für deutsche Patienten mit psychiatrischen Diagnosen relevanter für das Behandlungsergebnis waren, kann vielleicht auf stärkere Bindungen zwischen deutschen Ehepartnern bzw. auf qualitative Besonderheiten der Bindungsformen zurückgeführt werden. Beziehungen zwischen deutschen Ehepartnern sind möglicherweise emotional bedeutsamer für die Betroffenen als Beziehungen zwischen türkischen Ehepartnern, weil bei letzteren – gerade denjenigen der ersten Migrantengeneration- mit größerer Wahrscheinlichkeit Ehen von den Eltern aus ökonomischen oder sozialen Gründen arrangiert worden sind. Unter der Annahme, dass sich ein Verlust oder ein Konflikt mit dem Partner besonders schlecht auf die psychische Gesundheit auswirkt, wenn eine starke emotionale Bindung oder emotionale Abhängigkeit besteht, wäre dieses Ergebnis verständlich. Neben familiären Stressoren korrelierte das kritische Lebensereignis „***selbst Opfer einer Straftat geworden***“ mit schlechten Behandlungsergebnissen in beiden psychiatrischen Gruppen, was in Anbetracht der daraus entstehenden Traumatisierung verständlich ist.

***Soziale Unterstützung*** kann gruppenunabhängig als eher unbedeutender Faktor bei der direkten Prädiktion der Behandlungsergebnisse bezeichnet werden, da sich sehr wenige bis keine signifikanten Ergebnisse finden ließen. Da die Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung ein subjektives Maß darstellt, würden auch dem aktuellen Forschungsstand zufolge Haupteffekte ausbleiben. Bei Operationalisierung über die Zufriedenheit sollten sich nämlich hauptsächlich puffernde Effekte zeigen (vgl. 1.2.7.2). Tatsächlich reduzierte die wahrgenommene soziale Unterstützung im Rahmen der Pfadmodelle den negativen Einfluss von Migrationsbelastungen bzw. vergleichbaren Belastungen auf die Behandlungser-

gebnisse in den beiden psychiatrischen Gruppen (siehe 4.1.4). Auffallend war bei den signifikanten Ergebnissen die Bedeutsamkeit der Zufriedenheit mit der Unterstützung durch Freunde für gute Behandlungsergebnisse bei türkischen Patienten beider Diagnosegruppen. Korrelationsanalysen zeigten zumindest für türkische Patienten mit psychiatrischen Diagnosen signifikante Zusammenhänge dieser Skala mit einem höheren Beschäftigungsstatus, einem geringeren Leiden unter migrationsassoziierten Belastungen und einer stärkeren Nutzung adaptiver Stressverarbeitungsmechanismen. Außerfamiliäre soziale Unterstützung kann also neben ihrer Pufferung von Migrationsbelastungen (vgl. 4.1.4) auch über andere Ressourcen wirken.

Die vom Arzt eingeschätzte **Behandlungsmotivation** wirkte sich in beiden psychiatrischen Gruppen positiv auf die Behandlungsergebnisse aus. Dies steht im Einklang mit dem bisherigen Forschungsstand (vgl. 1.2.8.2). **Änderungsmotivation oder Änderungsbereitschaft bezüglich präventiven Verhaltens** trug gruppenunabhängig äußerst selten signifikant zur Varianzaufklärung der Behandlungsergebnisse bei. Dies könnte auf die unspezifische Erfassung mit allgemein formulierten Items wie z. B. „Ich möchte mein Leben von Grund auf ändern“ oder „Es gibt vieles, was ich gerne an mir ändern würde“ zurückzuführen sein. Nach dem transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung von Prochaska und DiClemente (1983) werden 6 Phasen der Verhaltensänderung beschrieben. Die Erfassung der Änderungsmotivation mit dem PAREMO in der vorliegenden Arbeit bezieht sich nicht explizit auf eine der Phasen. Es liegt aber nahe, sie der Contemplationsphase, in der man sich lediglich über die Problematik bewusst wird und über Verhaltensänderungen nachdenkt, zuzuordnen. Personen mit hohen Werten auf dieser Skala könnten sich jedoch auch in anderen Phasen der Veränderung befinden, so z.B. einige in der Preparationsphase, in der man bereits gezielte Veränderungen innerhalb eines kurzen Zeitraums plant oder in der Aktionsphase, in der man bereits aktiv sein Verhalten oder Leben umstrukturiert (zusammenfassend siehe Maurischat, 2001). Vermutlich würden sich bei Personen in späteren Phasen der Verhaltensänderung eher Zusammenhänge zu Behandlungsergebnis-Parametern ergeben. Die alleinige Intention, sein Verhalten zu ändern, reichte in unserer Studie jedenfalls nicht aus, um gute Behandlungsergebnisse zu erzielen.

Eine hohe Ausprägung auf **Rentenwünschen** prädizierte bei türkischen KHK-Patienten und in beiden psychiatrischen Gruppen schlechte Behandlungsergebnisse, während bei deutschen KHK-Patienten kein Effekt gefunden werden konnte. Letztere Gruppe bestand zu 80% aus Rentnern, bei denen die Fragen zum Rentenwunsch nicht gestellt wurden. Lediglich 8 Personen bildeten die Datenbasis der Rechnung, sodass hier aufgrund der starken Wirkung von Ausreißerwerten und der kleinen Stichprobe keine zuverlässigen Aussagen möglich sind. Die negative Wirkung von Rentenwünschen auf Behandlungsergebnis-Parameter wird durch den aktuellen Forschungsstand bestätigt (vgl. 1.2.9.3). Auch fremdgeschätzte Parameter wurden gut von Rentenwünschen vorhergesagt. Rentenwünsche kommen vermutlich in der Patient-Arzt-Beziehung besser zum Ausdruck als andere personenbezogene Merkmale. Zumindest in der Gruppe der deutschen psychiatrischen Patienten führten Rentenwünsche im Rahmen der Pfadmodelle (siehe 3.10.2) zu einer von Ärzten schlechter eingeschätzten Behandlungsmotivation. So kann in dieser Gruppe davon ausgegangen werden, dass hohe Rentenwünsche zu einer reduzierten Compliance und Motivation während der Behandlung beitragen. Bei türkischen psychiatrischen Patienten waren Rentenwünsche unabhängig von der vom Arzt geschätzten Behandlungsmotivation, möglicherweise wegen stärkeren Verschleierungstendenzen. Auch die Assoziation starker Rentenwünsche mit anderen ungünstigen Bedingungen, wie z.B. pessimistischen Krankheitskonzepten, migrationsassoziierten Belastungen, einer stärkeren Symptombelastung bei Behandlungsbeginn oder dem Beschäftigungsstatus, könnte zu schlechten Behandlungsergebnissen beitragen. So ist in diesem Kontext die Untersuchung unterschiedlicher komplexer Wirkmechanismen erforderlich. Dabei könnten sich möglicherweise Cluster ungünstiger Merkmalsausprägungen ergeben, die besonders hinderlich für Behandlungserfolge sind.

**Migrationsassoziierte Belastungen** bzw. vergleichbare Belastungen bei deutschen Patienten sagten gruppenunabhängig schlechte Behandlungsergebnisse vorher, wobei bei deutschen KHK-Patienten die Anzahl an Belastungen lediglich eine stärker durch den Arzt eingeschätzte Einschränkung prädizierte. In den anderen 3 Gruppen wurden hingegen verschiedene- vor allem selbsteingeschätzte- Behandlungsergebnis-Indikatoren negativ durch das Leiden oder/ und die Zahl der Belastungen prädiziert. In der Literatur gibt es Hinweise für den Zusammen-

hang zwischen dem Auftreten psychischer Erkrankungen und der Migration (vgl. 1.2.10.4). Bei Betrachtung einzelner Migrationsbelastungen in ihrem Zusammenhang zu Behandlungsergebnissen bei Entlassung im Kontext korrelativer Analysen fiel auf, dass die Belastung durch **soziale Isolation und Gefühle der Einsamkeit** in allen 4 Gruppen zu schlechten Behandlungsergebnissen beitrug. Soziale Isolation scheint dementsprechend kulturunabhängig negativ auf die Gesundheit zu wirken. Ihre migrationsassoziierte Komponente kann nicht geleugnet werden, da durch die Migration Familien und soziale Netzwerke auseinandergerissen werden und der Betroffene vor der Aufgabe steht, neue soziale Beziehungen aufzubauen (vgl. 1.2.10.1). Auch Kirkcaldy und Mitarbeiter (2006) bezeichnen soziale Isolation als großes Problem für Migranten. Sie schlussfolgern, dass eine funktionierende soziale Unterstützung vielen Entwicklungskrisen bei Migranten und ihren Kindern entgegenwirkt. Soziale Isolation ist dem aktuellen Forschungsstand zufolge ein Prädiktor für Mortalität und Morbidität in gesunden wie kranken Populationen (House, 2001). Beispielsweise prädizierte soziale Isolation die Mortalität bei Patienten mit chronischem Herzfehler (Friedmann, Thomas, Liu, Morton, Chapa & Gottlieb, 2006), und Herzinfarkt (Jenkinson, Madeley, Mitchell & Turner, 1993), schlechte Behandlungsergebnisse bei Herzinfarktpatienten (O`Shea et al., 2002), bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen (zusammenfassend siehe Carr & Moffett, 2005) und bei depressiven Personen (Freyne, Fahy, MacAleer, Keogh & Wrigley, 2005). Es werden unterschiedliche Wirkmechanismen angenommen: Soziale Isolation erhöht die Wahrscheinlichkeit von Gefühlen der Einsamkeit, die ein Risikofaktor für die Depressionsentstehung darstellen (Freyne et al., 2005). Durch soziale Isolation fallen die unterstützenden positiven Effekte von Beziehungen auf die Gesundheit weg. Es kann durch die soziale Isolation auch zu einer Angststeigerung kommen, die wiederum physiologische Erregung und Veränderungen bewirkt, welche langfristig schädigend sind. Weitere Hypothesen beziehen sich auf den Wegfall positiver sozialer Kontrolle auf Gesundheitsverhaltensweisen wie z.B. Schlaf, Diät, Sport oder Compliance und auf die Reduktion des Zugangs zu arbeitsbezogenen, gesundheitsbezogenen oder freizeitbezogenen Ressourcen, die positive Effekte auf die Gesundheit entfalten könnten (zusammenfassend siehe House, 2001). Auch **Unklarheiten bezüglich der Erwartungen anderer Menschen** korrelierten herkunfts- und migrationsunabhängig in fast allen Gruppen – außer bei den deutschen KHK-



Patienten“ mit vielen Behandlungsergebnis-Parametern. Diese Unklarheiten spiegeln einen Mangel an sozialer Kompetenz und interaktionale Kommunikationsschwierigkeiten wider, die von Betroffenen als sehr belastend und sozial verunsichernd wahrgenommen werden können, was bereits vorhandene soziale Ängste verstärken und sich negativ auf das Selbstwertgefühl auswirken kann. In der deutschen psychiatrischen Gruppe ist die mangelnde soziale Kompetenz u. a. als Bestandteil der psychischen Erkrankung zu betrachten, während in den türkischen Patientengruppen neben dem krankheitsbezogenen Aspekt kulturspezifische Einflüsse, wie z.B. unterschiedliche Bedeutungen bestimmter Verhaltensweisen, der Gestik und Mimik- die Einschätzung sozialer Interaktionen erschweren können. Auch **familiäre Gewalt** wirkte sich kulturunabhängig stark negativ auf die Behandlungsergebnisse türkischer wie deutscher psychiatrischer Patienten aus. Bisherige Studien bestätigen die krankheitsförderliche Wirkung von Gewalterfahrungen, insbesondere in Familien als Ort der Sicherheit und des Vertrauens. Häusliche Gewalt kann zahlreiche psychische und soziale Probleme nach sich ziehen, u. a. posttraumatischen Stress und Depressionen. Auf der psychischen Ebene führt Gewalt beim Opfer zu einer Desorganisation und Destrukturierung der Person, verwirrt die Gefühle und lässt sich oftmals nicht in Worte fassen. Opfer haben manchmal sogar Todesängste, fühlen sich ohnmächtig, verwundbar, verunsichert und erniedrigt. Wiederholte, lange dauernde Gewalt wirkt zerstörend auf das Selbstwertgefühl, das Selbstvertrauen, das Vertrauen in andere und den Lebensmut (zusammenfassend siehe Margairaz, Girard & Halperín, 2006). In einer Untersuchung von Brzank, Hellbernd und Maschewsky-Schneider (2004) führte häusliche Gewalt bei Frauen in 54% der Fälle zu psychischen und psychosomatischen Beschwerden. Familiäre Gewalt kam mit über 40% bei türkischen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen im Vergleich zu den anderen Gruppen am häufigsten vor und stellt damit gerade für diese Patientengruppe ein besonderes Problem dar. Folgende Besonderheiten der Situation türkischer Migrantenfamilien wirken sich förderlich auf die Entstehung und Aufrechterhaltung von Gewaltausübung aus: patriarchalische, rigide Familienstrukturen, Legitimation von Gewalt, der Ehrebegriff, wenig Erfahrung im partnerschaftlichen Dialog, häufig längere Trennungen der Familienmitglieder bis zur Familienzusammenführung, migrationsbedingte Veränderungen der Familien wie allgemeine Verunsicherung, Nuklearisierung (Konzentration auf die Kleinfamilie) und Zu-

nahme der sozialen Desintegration, verstärktes Festhalten an alten Strukturen und Werten, Zunahme der Abhängigkeit der bereits abhängigen Frauen und Kinder, Diskriminierungserfahrungen, schlechte soziale Lage, Sprachlosigkeit und Generationskonflikte (zusammenfassend siehe Ebner, 2005). Einige der migrationsassoziierten Belastungen hingen in den türkischen Diagnosegruppen stark mit Behandlungsergebnis-Parametern zusammen und können als spezifisch belastend für türkische Migranten angesehen werden, da sie bei deutschen Patienten entweder kaum mit Behandlungsindikatoren assoziiert waren oder erst gar nicht vorlagen. Zu ersteren zählten Gefühle der Fremdheit, das Ausgestoßensein aus der Familie, Probleme beim Geschlechtsverkehr und ein häufiger Wechsel wichtiger Bezugspersonen, zu letzteren Rückkehrwünsche, unerfüllte Hoffnungen und Erwartungen in Deutschland sowie Eheprobleme aufgrund von Veränderungen der sozialen Position der Ehefrau. Das **Ausgestoßenwerden aus Familien** ist ein starker Belastungsfaktor türkischer Patienten, weil sie durch diese Erfahrung aufgrund der Bedeutsamkeit der Familie in der türkischen Kultur stark an Selbstwertgefühl einbüßen. Weiterhin kann es zu starken Schuld- und Schamgefühlen kommen, da die Ausstoßung in der Regel erfolgt, um die Ehre der Familie wiederherzustellen. Es können sich auch gravierende psychosoziale Folgen ergeben, z.B. bei finanzieller oder emotionaler Abhängigkeit von der Familie und dem gleichzeitigen Mangel an sozialen und ökonomischen Ressourcen. **Gefühle der Fremdheit** können bei türkischen Patienten auf die Krankheit, den Migrationsprozess und die Kulturdistanz zurückgeführt werden und zeigen vermutlich unterschiedliche Wechselwirkungen mit anderen Einflussfaktoren in ihrem negativen Einfluss auf die Behandlungsergebnisse. So korrelierten in unserer Studie Fremdheitsgefühle u. a. mit sozialer Isolation, dem Ausgestoßensein aus der eigenen Familie und Sprachproblemen. Personen mit starken Fremdheitsgefühlen bezüglich der deutschen Gesellschaft hatten besonders niedrige Ausprägungen auf der Akkulturationsskala. Eine mangelhafte oder fehlende Integration ist demnach ein Risikofaktor für die Entstehung oder Aufrechterhaltung gesundheitsschädlicher Fremdheitsgefühle. Auch **Probleme beim Geschlechtsverkehr** hingen bei türkischen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen stärker mit Behandlungsergebnis-Parametern zusammen als in der deutschen psychiatrischen Gruppe. Die in der türkischen Mentalität oftmals anzutreffende Doppelmoral bei Sexualrechten, nach der dem Mann ein lustbetontes und

körperorientiertes Sexualverhalten ermöglicht wird, von der Frau hingegen Keuschheit verlangt wird und das Zustandekommen der Ehe durch Zwangsverheiratung, könnte eine bedeutsame Rolle spielen. Insbesondere bei türkischen Männern unserer Studie lagen negative Zusammenhänge zwischen den Problemen beim Geschlechtsverkehr und dem Behandlungsergebnis vor, die auf den kulturbegründeten stärkeren sexuellen Leistungsdruck türkischer Männer im Vergleich zu türkischen Frauen (siehe Karatepe, 2004) zurückgeführt werden können. Türkische Männer fühlen sich vermutlich minderwertig, wenn sie die von ihrer Kultur erwarteten Rollenvorstellungen innerhalb der Familie nicht erfüllen können. Dafür sprechen auch die bei männlichen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen gefundenen Assoziationen zwischen Eheproblemen aufgrund einer veränderten sozialen Position der Frau und schlechten Behandlungsergebnissen. So leiden männliche türkische Patienten mit psychiatrischen Diagnosen möglicherweise besonders stark, wenn sie ihren sozialen Status als Hauptverdiener der Familie durch Arbeitslosigkeit verlieren und gleichzeitig sexuelle Ansprüche ihrer Frau nicht erfüllen können. Beides könnte sich stark negativ auf das Selbstwertgefühl auswirken und damit zu starker psychischer Belastung und niedriger Lebensqualität beitragen. Eine **migrationsbelastete Kindheit** hingegen kann über einen phasenhaften Mangel an Geborgenheit in der Ursprungsfamilie und durch Überforderungssituationen durch die frühe Übernahme von Verantwortung (vgl. 1.2.10.3) negative psychische Folgen haben wie z.B. ein fehlendes inneres Gleichgewicht in stressigen Situationen oder Selbstunsicherheitsgefühle durch mangelnde Holdingerfahrungen in der Kindheit. Die Belastung durch das **Nicht-erreichen gesetzter Ziele in Deutschland** könnte dagegen über die Reduktion von Kompetenz- und Selbstwirksamkeitserwartungen eine erlernte depressionogene Hilflosigkeitseinstellung begünstigen (zum Konzept „erlernte Hilflosigkeit“ vgl. Seligman, 1972; 1978; 1986). In der deutschen Gruppe mit psychiatrischen Diagnosen fiel der starke negative Einfluss der Feindseligkeit von anderen Mitmenschen und des sozialen Druckes auf die Behandlungsergebnisse auf. Das Leiden unter stigmatisierenden Erfahrungen und negativen sozialen Interaktionen scheint demzufolge ein Risikofaktor für fehlende Therapieerfolge zu sein scheint.

**Akkulturation** entfaltete nur wenige direkte Effekte auf die Behandlungsergebnisse. Sie wurde in der vorliegenden Arbeit mit einem Maß erfasst, welches nicht

die Akkulturation an sich, sondern die Anpassung an die neue Gesellschaft bzw. Kultur erfasst. Auffällig war in der psychiatrischen Gruppe die ausschließliche Prädiktion fremdeingeschätzter Behandlungsergebnis-Indikatoren. Dabei kann die Vermittlung von Effekten über stärkere Compliance und geringere Sprachprobleme bei stärker Akkulturierten laufen, die förderlich auf die Arzt-Patienten-Beziehung wirken. Korrelationsanalysen der vorliegenden Arbeit ergaben dazu eine signifikant stärkere Akkulturation bei türkischen Patienten ohne Sprachprobleme.

Akkulturation scheint ähnlich wie soziale Unterstützung wenig direkte Effekte auf die Behandlungsergebnisse zu entfalten, sodass moderierende oder mediierende Funktionen angenommen werden können. So pufferte Akkulturation beispielweise im Rahmen der Pfadmodellanalysen (vgl. 3.10.4) negative Effekte des Leidens unter migrationsassoziierten Belastungen auf einige selbsteingeschätzte Behandlungsergebnis-Indikatoren bei Entlassung. Diese Befunde indizieren unterschiedliche Mechanismen der Effektivität eines hohen Ausmaßes an Akkulturation für die Selbst- und Fremdeinschätzungen. Die geringe Bedeutsamkeit der Akkulturation für die Selbsteinschätzungen könnte auch daran liegen, dass man mit dem FRAKK weniger Integration als vielmehr Assimilation abbildet (siehe 4.3.3). Eine hohe Assimilation mag für die Umgebung sehr befriedigend sein, für den Betroffenen nicht unbedingt. Studien zeigen jedenfalls, dass die Integration die für den Betroffenen gesundeste Strategie darstellt (siehe 1.2.11.3). Der aktuelle Forschungsstand zu Zusammenhängen zwischen Akkulturation und Gesundheitsparametern ist widersprüchlich. Während David, Borde und Kentenich (2002b) keinen Unterschied in der psychischen Belastung zwischen Migrantinnen mit hoher und niedriger Akkulturation fanden, zeigte sich bei Haasen und Mitarbeitern

(2007) eine positive Korrelation zwischen Akkulturationsstress und psychischer Belastung.

#### **4.1.4 Indirekte Effekte krankheitsrelevanter Faktoren auf die Behandlungsergebnisse bei Patienten mit psychiatrischen Diagnosen**

Die Ergebnisse zum *Stressverarbeitungs-Mediator-Modell* bestätigen die Funktion der Stressverarbeitung als Mediator der Effekte von Persönlichkeit und

subjektiven Krankheitskonzepten auf Behandlungsergebnis-Indikatoren. Die Ableitungen aus dem Common-Sense-Modell (vgl. 1.2.2.2) treffen demgemäß auf Personen türkischer Herkunft und auf Personen mit psychiatrischen Diagnosen zu. Sowohl in der deutschen wie in der türkischen Stichprobe gab es fast ausschließlich vermittelnde Effekte der Stressverarbeitung auf Behandlungsergebnis-Indikatoren bei Aufnahme der Behandlung  $t_0$ , die sich dann wiederum signifikant auf die jeweiligen Werte zu  $t_1$  bei Entlassung auswirkten. Dieser Befund könnte auf die zeitgleiche Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte, krankheitsspezifischer Stressverarbeitung und der  $t_0$ -Werte der Behandlungsergebnis-Parameter zurückgeführt werden. Trotz der starken Übereinstimmungen zwischen türkischen und deutschen Personen, konnten auch einige Unterschiede im Vergleich der Modelle festgemacht werden. So fehlte bei Patienten türkischer Herkunft eine signifikante Vermittlung des Effektes des Glaubens an einen persönlichen Einfluss auf die Erkrankung über adaptive Stressverarbeitung auf die Behandlungsergebnis-Indikatoren im Gegensatz zu deutschen Patienten, bei denen wiederum Behandlungswirksamkeit nicht über adaptive Stressverarbeitung wirkte. Bei türkischen Patienten fanden sich direkte Effekte der internalen Kontrollüberzeugung, bei deutschen Patienten fallen die zahlreichen direkten Wirkungen des Glaubens an die Behandlungswirksamkeit auf selbsteingeschätzte Behandlungsergebnis-Parameter auf, die indirekte Wirkungen über adaptive Stressverarbeitung überflüssig machen. Das bedeutet, dass der Glaube an die Behandlungswirksamkeit bei deutschen Patienten direkt förderlich für den Therapieerfolg ist, während bei türkischen Patienten dieser Glaube eher indirekt über die Förderung angemessener Problembewältigungsmechanismen läuft. Ein weiterer Unterschied konnte bezüglich der Skala „Glaube an einen chronischen Krankheitsverlauf“ festgestellt werden, die lediglich bei türkischen Patienten einen indirekten Effekt über die Förderung maladaptiver Stressverarbeitung ausübte. Für deutsche Patienten hingegen war diese subjektive Krankheitsvorstellung nicht bedeutsam, da sie weder direkte (vgl. 3.7.1) noch indirekte Effekte auf Behandlungsergebnis-Indikatoren vermitteln konnte. Alle anderen Facetten subjektiver Krankheitsvorstellungen als auch der Neurotizismus und die Extraversion wirkten wie hypothetisiert in Abhängigkeit von den Behandlungsergebnis-Indikatoren indirekt über die Stressverarbeitung. Es existieren bislang einige Studien, die die mediative Wirkung der Stressverarbeitung im Hinblick auf Per-

sönlichkeitseffekte auf unterschiedliche Parameter des Gesundheitszustandes bestätigen (vgl. 1.2.13 z.B. Lawrence & Fauerbach, 2003; Rose et al., 2002; Vollrath et al., 1998; Burgess et al., 2000). Auch die Zusammenhänge zwischen Persönlichkeit und Stressverarbeitung werden durch den aktuellen Forschungsstand untermauert (vgl. 1.2.12.1). Ein neuer Befund der vorliegenden Arbeit zeigt sich in der Mediation von Effekten subjektiver Krankheitsvorstellungen sowohl über maladaptive Stressverarbeitung als auch über adaptive Stressverarbeitung.

Eine Mediatorfunktion der arzteingeschätzten Behandlungsmotivation konnte im **Behandlungsmotivations-Mediator-Modell** nur bei deutschen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen gefunden werden. Die fehlende Vermittlung indirekter Effekte in der türkischen psychiatrischen Gruppe kann unterschiedliche Ursachen haben. Zunächst wurde die Behandlungsmotivation mit Hilfe eines Items direkt von den Behandlern erfragt, sodass die Validität der Erfassung in Frage gestellt werden kann. Es ist demgemäß nicht klar, ob die fremdeingeschätzte Behandlungsmotivation tatsächlich adäquat die Behandlungsmotivation des Patienten abbildet. Eine weitere Ursache könnte in einer auf türkische Patienten bezogenen schlechteren Einschätzung der Behandlungsmotivation liegen. Gerade die fehlende Vorhersagekraft von Rentenwünschen auf die Behandlungsmotivation in der türkischen psychiatrischen Gruppe macht stutzig, da man von einem reduzierenden Effekt wie in der deutschen Gruppe ausgehen würde. Bei türkischen Patienten besteht vermutlich aufgrund von Verständigungsschwierigkeiten stärker die Gefahr, bestimmte Verhaltensweisen als mangelnde Compliance oder fehlende Behandlungsmotivation zu interpretieren als bei deutschen Patienten. Dadurch können Einschätzungen der Motivation verzerrt oder falsch werden. Interessant war in diesem Zusammenhang auch die Tatsache, dass türkische Patienten sich als stärker änderungsmotiviert beschrieben haben im Vergleich zu deutschen Patienten, während sie von den Behandlern jedoch als weniger behandlungsmotiviert eingeschätzt worden sind. Die von den Behandlern eingeschätzte Behandlungsmotivation stand jedoch in beiden Gruppen direkt mit Behandlungsergebnis-Parametern in Verbindung, sodass sie auch bei türkischen Patienten behandlungsrelevant ist. Als Vermittler der Effekte des Glaubens an einen persönlichen Einfluss und der Effekte von Rentenwünschen spielte sie nur in der deutschen Gruppe eine Rolle. Der Glaube an die Behandlungswirksamkeit

prädizierte in der deutschen Gruppe entgegen der Hypothese nicht signifikant die arzteingeschätzte Behandlungsmotivation. Über Behandlungsmotivation als Mediator der Effekte von Rentenwünschen und subjektiven Krankheitskonzepten auf Behandlungsergebnis-Parameter gibt es bislang keine Forschungsstudien.

Bezüglich des **Stress-Modells** fallen wesentliche Unterschiede zwischen der türkischen und deutschen Gruppe ins Auge. Während bei türkischen Patienten adaptive Stressverarbeitung über eine Reduktion kritischer Lebensereignisse zu guten Behandlungsergebnissen beitrug, führte in der deutschen Gruppe ein hoher Neurotizismuswert über die Förderung kritischer Lebensereignisse zu schlechten Behandlungsergebnissen. Der aktuelle Forschungsstand bestätigt tatsächlich eine prospektive Wirkung der Persönlichkeit auf das Erleben und die Auftretenwahrscheinlichkeit kritischer Lebensereignisse (vgl. 1.2.12.2). Die protektive Wirkung adaptiver Stressverarbeitung auf kritische Lebensereignisse erscheint logisch, da adaptive Stressverarbeitung Strategien umfasst, die darauf abzielen, den Einfluss stressiger Situationen zu reduzieren. Soziale Unterstützung, Extraversion und maladaptive Stressverarbeitung hatten hingegen in beiden Stichproben keinen direkten Effekt auf kritische Lebensereignisse. Die ersten beiden wirkten jedoch bedeutsam im Sinne einer Stresspuffer bezüglich des Leidens unter migrationsassoziierten Belastungen bzw. äquivalenten Belastungen, d. h. Extraversion und die Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung reduzierten bei deutschen und türkischen Patienten das Leiden unter Belastungen. Die stresspuffernde Wirkung sozialer Unterstützung wurde bereits in der Literatur im Rahmen des Puffer-Modells beschrieben (vgl. 1.2.7.2). Sozial förderliche Beziehungen helfen dementsprechend im Umgang mit Belastungen, wirken jedoch nicht präventiv gegenüber dem Auftreten von Stressoren oder kritischen Lebensereignissen. Das gleiche trifft auf eine hohe Ausprägung auf Extraversion zu. Extravertierte leiden möglicherweise weniger, weil sie insgesamt optimistischer und heiterer sind, sich nicht so schnell von Belastungen unterkriegen lassen und größere soziale Netzwerke haben. In beiden psychiatrischen Gruppen führten eine hohe Ausprägung auf Neurotizismus und maladaptiver Stressverarbeitung zu einem verstärkten Leiden unter Belastungen. Maladaptive Stressverarbeitung scheint aber für die türkische Gruppe im Vergleich zur deutschen eine geringere Behandlungsrelevanz zu besitzen, da es keine direkten Effekte auf die Behand-

lungsergebnis-Parameter bei Entlassung entfaltet hat und auch nicht wie in der deutschen Gruppe indirekte Effekte über eine Reduktion der sozialen Unterstützung entfaltete. Soziale Unterstützung vermittelte in diesem Kontext in der türkischen Gruppe lediglich Effekte der Extraversion und der adaptiven Stressverarbeitung, während sie in der deutschen Gruppe Effekte von adaptiver und maladaptiver Stressverarbeitung vermittelte. Eine Mediatorfunktion sozialer Unterstützung wird in vielen Studien berichtet. So fand Manning- Walsh (2004) bei Frauen mit Brustkrebs, dass familiäre Unterstützung den negativen Effekt der Beschwerden auf die Lebensqualität reduzierte. In einer Untersuchung von Joiner (1997) führte mangelnde soziale Unterstützung und Schüchternheit über Einsamkeitsgefühle zu vermehrten depressiven Symptomen.

In der vorliegenden Arbeit kristallisierte sich bei türkischen Patienten eine für das Behandlungsergebnis förderliche Konstellation heraus, die hauptsächlich aus schützenden Faktoren besteht, wie z.B. adaptive Stressverarbeitung, soziale Unterstützung oder Extraversion. Bei deutschen Patienten hingegen waren die behandlungsförderlichen Konstellationen eine Mischung aus einer niedrigen Ausprägung auf belastenden Faktoren (Neurotizismus, maladaptive Stressverarbeitung) und einer hohen Ausprägung auf schützenden Faktoren (Extraversion, soziale Unterstützung). Eine Differenzierung zwischen türkischen Patienten mit guten und schlechten Behandlungsergebnissen würde deshalb hauptsächlich über das Vorhandensein von Schutzfaktoren möglich sein. Dafür sprechen Ergebnisse von Jerusalem (1994), denen zufolge die Stresseinschätzung und Bewältigung bei Migranten von ihrer Ressourcenausstattung abhängt, d.h. Personen mit mehreren positiven Ressourcen (wie z.B. hohe Selbstwirksamkeit, Erwerbstätigkeit, Partnerschaft) weisen ein geringeres Stresserleben sowie eine stärkere adaptive Stressverarbeitung bei der Stressbewältigung auf. Bei Migranten mit wenigen oder fehlenden Ressourcen zeigte sich hingegen ein höheres Stresserleben und emotionsorientierte, maladaptive Stressverarbeitung (siehe Jerusalem, 1994).

Die Analyse des **Akkulturations-Modells** ergab, wie erwartet, einen puffernden Effekt der Akkulturation auf das Leiden unter migrationsassoziierten Belastungen. Es wurden jedoch keine direkten Effekte auf kritische Lebensereignisse, soziale Unterstützung und Stressverarbeitung gefunden, sodass nicht davon ausgegangen kann, dass durch eine stärkere Anpassung unmittelbar bessere Stressverar-



beitung, bessere soziale Netzwerke oder weniger Stressoren resultieren. Auch die Betrachtung des Einflusses von Stressverarbeitung und sozialer Unterstützung auf Akkulturation lieferte keine signifikanten Ergebnisse. Eine hohe Akkulturation ging Korrelationsanalysen zufolge lediglich mit einem besseren Schulabschluss, weniger resignativer Stressverarbeitung und einer höheren Offenheit für neue Erfahrungen einher. Wie Akkulturation das Leiden unter Migrationsbelastungen lindert, bleibt bislang unklar. Hoch akkulturierte türkische Patienten litten im Vergleich zu weniger akkulturierten extrem weniger unter Rückkehrwünschen, Vermissen der Familie in der Türkei, Anpassungsschwierigkeiten, einer inneren Ambivalenz bezüglich der Rückkehr und Ausländerfeindlichkeit in Deutschland.

Bei hoch akkulturierten Patienten trafen außerdem folgende Belastungen seltener zu als bei niedrig akkulturierten: Sprachliche Verständigungsprobleme, soziale Isolation, Gefühle der Fremdheit in der deutschen Gesellschaft, Rückkehrwünsche, Vermissen der Ursprungsfamilie in der Türkei, Anpassungsschwierigkeiten an deutsche Gesellschaft, unerfüllte Hoffnungen in Deutschland, Probleme wegen des Glaubens und Probleme beim Geschlechtsverkehr. Die bessere Akkulturation geht dementsprechend nicht nur mit einer Reduktion des Leidens unter Migrationsbelastungen einher, sondern auch mit einer reduzierten Auftretenswahrscheinlichkeit einiger dieser Belastungen.

Trotzdem soll an dieser Stelle noch einmal darauf hingewiesen werden, dass Akkulturation in der vorliegenden Arbeit über die „Anpassung an die neue Kultur“ als eine mögliche Akkulturationsstrategie operationalisiert wurde. Bei Operationalisierung über die „Integrationsstrategie“ hätte man möglicherweise auch Effekte auf Stressverarbeitung, kritische Lebensereignisse und soziale Unterstützung gefunden, da die Integration als Strategie im Vergleich zu anderen Strategien (wie Anpassung oder Separation) am stärksten mit guter psychischer Gesundheit einhergeht.

#### **4.2 Vorschläge zur Optimierung der diagnostisch-anamnestischen und therapeutischen Massnahmen für türkische Patienten im Vergleich zu deutschen Patienten**

***Der Patient sollte immer als einmaliges Individuum betrachtet, respektiert und ernstgenommen werden.*** Das bedeutet jedoch nicht, dass mögliche kulturspezifische Besonderheiten einfach ignoriert oder übergangen werden können. Vielmehr besteht transkulturelle Kompetenz darin, sich Wissen über krankheits- und behandlungsrelevante Besonderheiten anzueignen und zu überprüfen, ob diese Besonderheiten beim jeweiligen Patienten vorliegen. Denn erst dann können spezifische, kultursensible Behandlungsbausteine zum Tragen kommen. Auf die Ergebnisse unserer Studie bezogen bedeutet dies, dass zwar eine Reihe krankheitsrelevanter Besonderheiten türkischer Patienten gefunden werden konnten, die mit Behandlungsergebnissen bedeutsam assoziiert waren, die jedoch nicht von vornherein jedem Patienten türkischer Herkunft zugeschrieben werden dürfen, da diese Zielgruppe sehr heterogen ist. Aus diesem Grunde hängen Vorschläge zur Optimierung der Behandlungsangebote stark vom diagnostisch-anamnestischen Prozess ab. Beispielsweise macht es wenig Sinn, mit einem Patienten persönliche Einflussmöglichkeiten auf die Erkrankung zu erarbeiten, wenn er von vornherein stark daran glaubt, die Krankheit positiv beeinflussen zu können und ein großes Verhaltensrepertoire mit erfolgreichen Bewältigungsstrategien besitzt. Auf dieses Beispiel bezogen sollte dementsprechend im ersten Schritt überprüft werden, welche subjektiven Krankheitskonzepte beim Betroffenen vorliegen. Die folgenden Vorschläge sind aus diesen Gründen als flexible Handlungsrichtlinien zu verstehen. Für den einzelnen Patienten kann nämlich je nach Ausprägung seiner Persönlichkeit, seiner Stressbewältigungsart, seiner subjektiven Krankheitsvorstellungen oder dem Ausmaß an Akkulturation, eine ganz bestimmte Auswahl dieser Vorschläge vorgenommen werden, die am besten auf sein Profil passt. Das gleiche Vorgehen empfiehlt sich selbstverständlich für Patienten deutscher Herkunft. Im folgenden werden je nach krankheitsrelevantem Faktor Vorschläge zur Verbesserung der Exploration und Behandlung im Rahmen der stationären Behandlung türkischer Patienten im Vergleich zu deutschen Patienten gemacht.

#### 4.2.1 Konstruktive Arbeit mit subjektiven Krankheitsvorstellungen

Bevor mit subjektiven Krankheitsvorstellungen des Patienten gearbeitet werden kann, sollten sie mit wenigen Fragen erfasst werden:

- Glauben Sie, dass die Behandlung wirken wird?
- Wie schätzen Sie Ihren Einfluss auf die Erkrankung ein?
- Wie lange glauben Sie, wird Ihre Krankheit dauern? Wie wird Ihre Krankheit verlaufen?
- Glauben Sie, dass Ihre Krankheit starke negative Konsequenzen nach sich zieht? Welche sind das?
- Was denken Sie, welche Ursachen Ihre Erkrankung haben könnte?
- Macht die Krankheit sie sehr traurig, wütend, depressiv?
- Ist Ihnen Ihre Krankheit ein Rätsel?

In Tabelle 76 sehen wir getrennt nach den 4 Gruppen die Facetten subjektiver Krankheitskonzepte und in Tabelle 77 die vermuteten Krankheitsursachen, die signifikant mit Behandlungsergebnis-Parametern assoziiert waren und deshalb mit besonderer Sorgfalt exploriert werden sollten. In den psychiatrischen Gruppen werden fast alle Facetten benannt, da die Analysen nicht nur Regressionen umfassten, sondern auch Pfadmodelle, die indirekte Effekte implizierten.

Tabelle 76: Behandlungsergebnis-relevante Facetten subjektiver Krankheitskonzepte

<b>KHK-türkisch</b>	<b>KHK-deutsch</b>	<b>Psychiatrisch-türkisch</b>	<b>Psychiatrisch-deutsch</b>
Behandlungswirksamkeit	Chronischer Verlauf	Persönlicher Einfluss	Behandlungswirksamkeit
Negative Konsequenzen		Behandlungswirksamkeit	Negative Konsequenzen
Kohärenz		Chronischer Verlauf	Zyklischer Verlauf
		Zyklischer Verlauf	Emotionale Reaktionen
		Negative Konsequenzen	Persönlicher Einfluss
		Emotionale Reaktionen	

Tabelle 77: Behandlungsergebnis-assozierte vermutete Krankheitsursachen

KHK-türkisch	KHK-deutsch	Psychiatrisch-türkisch	Psychiatrisch-deutsch
Familienprobleme	Stress und Sorgen	Überarbeitung	Emotionales Befinden
Emotionales Befinden	Eigene Einstellungen	Emotionales Befinden	Schlechte Kindheit
Schwache Nerven	Familienprobleme	Schlechte Kindheit	Schwache Nerven
Mangelnde Willenskraft	Emotionales Befinden		Konflikte mit der Ursprungsfamilie
Eigenes Verhalten	Schwache Nerven		Konflikte mit anderen wichtigen Bezugspersonen
Eigene Einstellungen			
Eigene Schuld			
Strafe Gottes			
Rauchen			
Stress und Sorgen			

Bei **mangelndem Vertrauen in die Behandlungswirksamkeit** als krankheitsrelevante Besonderheit von Personen türkischer Herkunft sollten die Ursachen exploriert werden. Falls man den Eindruck gewinnt, es liege an mangelndem Wissen über die Wirkweise unterschiedlicher Behandlungsmassnahmen, liegt der Einsatz psychoedukativer Massnahmen nahe. Dabei ist zu beachten, auf welchem Bildungsniveau sich der Patient befindet, wie aufnahmefähig er ist, welcher Darstellungsmodus (bildlich, verbal) der geeigneteste ist und wie komplex die Information sein sollte. Eine weitere Möglichkeit besteht in der Vorführung der Effektivität bestimmter Massnahmen. Wenn ein Patient z.B. nichts von Entspannungsverfahren hält, kann man mit ihm eine kurze Entspannungsübung – z.B. in Form des autogenen Trainings- machen und seine Aufmerksamkeit auf körperliche Veränderungen lenken. Es kann auch sein, dass gerade türkische Patienten eine zu große Vorlaufphase mit erfolglosen Behandlungen hinter sich haben. In diesem Falle ist es ratsam, gemeinsam mit dem Patienten zu eruieren, weshalb die bisherigen Behandlungen fehlgeschlagen haben. Dabei macht es Sinn, die positiven Aspekte der jetzigen Behandlung aufzuzeigen, die bei vorherigen Behandlungen fehlten. Außerdem ist es sinnvoll, den Patienten zu fragen, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssten, damit die Behandlung erfolgreich wird. Im nächsten Schritt könnten dann gemeinsame Überlegungen zum Einbau der Vorschläge des Patienten in das therapeutische Setting angestellt werden. Falls der Patient jedoch überzeugt davon ist, dass ihm niemand und keine Therapie der Welt helfen kann, besteht die Möglichkeit, ihn zu fragen, wie seine Familie, seine Bekannten oder Freunde mit einer ähnlichen Situation umgehen würden und ob

es nicht denkbar wäre, dass er vergleichbare Einflussmöglichkeiten hat. **Die gemeinsame Erarbeitung persönlicher Einflussmöglichkeiten** ist bei türkischen Patienten erstrebenswert, da diese häufiger externale Ursachen der Erkrankung aufführten und ihren eigenen Einfluss als geringer einschätzten. Besonders **die Erfragung vermuteter Krankheitsursachen** liefert wertvolle Hinweise, wie der Patient seinen subjektiven Einfluss auf die Erkrankung bzw. seine Selbstwirksamkeitserwartung erhöhen könnte. So nannten türkische Patienten beider Diagnosegruppen häufiger die Ursache „von Gott gegeben“, sodass dem Patienten eine positive Beeinflussung über Gebete oder religiöse Rituale als Option der Einflussnahme schmackhaft gemacht werden könnte. Für einen positiven Einfluss der Annahme, dass die Krankheit von Gott gegeben ist, sprach in unsere Studie eine positive Korrelation zwischen dieser vermuteten Krankheitsursache und der subjektiven Lebensqualität in der türkischen KHK-Gruppe. Die Annahme der Krankheit als „Strafe Gottes“ hing im Gegensatz dazu mit schlechten Behandlungsergebnissen zusammen. Dies steht im Einklang mit dem Befund von McCullough & Larson (1999), nach dem sich Religiosität, je nachdem wie sie erlebt wird, negativ oder positiv auf depressive Symptome auswirken kann. Den Autoren zufolge wirken intrinsische Religiosität und konstruktive religiöse Bewältigungsformen wie z.B. die Wahrnehmung göttlicher Hilfe oder die bewusste eigene Auseinandersetzung, antidepressiv, während hingegen extrensische Religiosität (= nur äußerlich, z.B. in die Kirche gehen) und negative Stressverarbeitung (z.B. Vorwürfe gegen Gott) mit verstärkten depressiven Symptomen einhergehen (McCullough & Larson, 1999). Religiosität geht tendenziell mit besserer psychischer Gesundheit, mit weniger Stress, höherer Lebenszufriedenheit, geringerer Depressivität, größerer Zufriedenheit in Ehe und Familie und mit längerem Leben einher, außerdem mit weniger Bluthochdruck, Herzerkrankungen, Substanzmissbrauch und Suizidalität. Religion kann dabei über eine Verhaltensregulierung durch konkrete Handlungsanweisungen, kognitive Orientierung oder Kohärenz, alternative Werte, positive Emotionen, gesteigertes Selbstwertgefühl, positive Stressverarbeitung und soziale Unterstützung auf die Gesundheit wirken (zusammenfassend siehe Klein & Albani, 2007). Erwähnenswert ist in diesem Kontext eine Studie, derzufolge gläubige Muslime mit Depressionen und Angststörungen unter Einbeziehung religiöser Aspekte (wie Gebete) stärker von der Behandlung profitierten als weniger religiöse Patienten (Azahr, Varma & Dharap,

1994; Azahr & Varma, 1995). Beim Vorliegen **stark pessimistischer Vorstellungen über negative Krankheitskonsequenzen**, wie sie verstärkt bei türkischen Patienten vorkamen, sollte zunächst exploriert werden, welche negative Konsequenzen besonders stark belasten. In einem zweiten Schritt kann dann überlegt werden, wie diese Belastungen konkret reduziert werden könnten, z.B. im sozialen Bereich durch Förderung von Freizeitaktivitäten oder einem sozialen Kompetenztraining. Überdies bietet es sich an, mögliche positive Aspekte der Erkrankung mit dem Patienten zu erarbeiten, um seinen Blickwinkel zu erweitern. Zu diesen positiven Aspekten zählen möglicherweise ein durch die Krankheit bedingter stärkerer Familienzusammenhalt, Gefühle der Dankbarkeit gegenüber helfenden und unterstützenden Familienangehörigen oder Freunden, eine Stärkung der eigenen religiösen Haltung und Spiritualität, eine Entlastung von widrigen Arbeitsbedingungen, mehr Zeit für erholende Aktivitäten oder Dinge, die man trotz der Erkrankung geschafft hat (z.B. Kinderbetreuung, Haushalt). Auch die bei Patienten türkischer Herkunft oftmals stärker verankerte Vorstellung eines **chronischen oder zyklischen Krankheitsverlaufs** sollte hinterfragt werden. Die Heilungschancen und tatsächlichen Verläufe der jeweiligen den Patienten betreffenden Erkrankung sollten in diesem Kontext erläutert werden. Dabei muss jedoch der bei türkischen Patienten vorhandenen Chronifizierungstendenz Rechnung getragen werden. Es sollten Bedingungen exploriert werden, die zur Chronifizierung beitragen oder die einen Rückfall bewirken können bzw. in der Vergangenheit tatsächlich bewirkt haben. Erst dann können konkrete Schritte zur Bekämpfung der Chronifizierung vorgenommen werden. Da **negative emotionale Reaktionen** schlechte Behandlungsergebnisse prädizierten, sollten diese in ihrem Ausmaß und ihrer Angemessenheit hinterfragt werden. Es empfiehlt sich unter Umständen eine Vermittlung von Strategien zur Emotionsregulation und zum Aufbau positiver Emotionen. Zumindest bei türkischen KHK-Patienten war eine hohe Ausprägung auf **Kohärenz** behandlungsförderlich, sodass man für diese Gruppe empfehlen kann, im Rahmen der Therapie das Verständnis für die koronare Erkrankung zu erhöhen, z.B. bezüglich ihrer Entstehungsbedingungen (mit dem Schwerpunkt auf Risikofaktoren), ihrer Symptomatik, ihres Verlaufs und ihrer Behandlung.

#### **4.2.2 Angemessener Umgang mit Somatisierungstendenzen**

Bei türkischen Patienten ist unabhängig von der Diagnose mit einer stärkeren Somatisierung zu rechnen, die in der Behandlungsplanung zu berücksichtigen ist. Es empfiehlt sich dabei, die körperlichen Beschwerden ernstzunehmen, ihre möglichen Funktionen in der türkischen Kultur zu reflektieren und sie zu bearbeiten. Es sollen in großem Umfang, körperbezogene Therapiebausteine wie Bewegungstherapie, Sport, Physiotherapie und Entspannungsverfahren eingesetzt werden. In einer Studie von Nickel, Cangoez und Mitarbeitern (2006) wurden türkische Migranten mit chronischen somatoformen Störungen in einer prospektiven, randomisierten, kontrollierten Studie im Rahmen einer 6 wöchigen psychosomatischen Behandlung zusätzlich mit bioenergetischen Übungen behandelt. Die bioenergetische Therapie umfasste Ausdrucksübungen, Übungen zum Setzen von Grenzen, Körperbewegungsübungen, Atmungsübungen, internale und externale Wahrnehmungsübungen, Übungen zum Ausdruck von Aggressionen und Erdungsübungen. Am Ende der Behandlung zeigte die Gruppe mit bioenergetischer Therapie im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ohne bioenergetischen Behandlungsbaustein nicht nur stärkere Verbesserungen bezüglich des Leidens und des Ausmaßes unter Somatisierung, sondern auch bezüglich sozialer Unsicherheit, Depressivität, Ängstlichkeit und Feindseligkeit (Nickel, Cangoez et al., 2006). Aufbauend auf den Ergebnissen dieser Studie wird deshalb empfohlen bei stark somatisierenden türkischen Patienten bioenergetische Übungen anzuwenden. Möglicherweise wirken sich diese Übungen über den verstärkten Ausdruck negativer Emotionen positiv auf die Behandlungsergebnisse aus. Sie könnten dementsprechend auch maladaptive emotionszentrierte Stressverarbeitungsmuster reduzieren. Im Rahmen chronischer Schmerzsyndrome ergeben sich folgende Therapieziele: Adäquater Umgang mit den Schmerzen, Verhindern des sozialen Rückzugs und das Aufgeben der Schonhaltung. Das Erreichen von Schmerzfreiheit sollte jedoch nicht als Behandlungsziel gesetzt werden (Sleptsova, Langewitz & Wössmer, 2005). Sleptsova und Mitarbeiter (2005) schlagen für chronische Schmerzpatienten mit geringen Deutschkenntnissen multikulturelle Schmerzgruppen vor. Die Therapien umfassen dabei 3 Teile:

- 1.) Bewegungsteil zur Dehnung, Kräftigung und Beweglichkeit
- 2.) Entspannungsteil (z.B. progressive Muskelrelaxation)

3.) Theorieteil (z.B. Aufmerksamkeitslenkung, kognitive Umstrukturierung, Ablenkung, Aufmerksamkeits- und Konzentrationstraining).

Nach dem biopsychosozialen Konzept des chronischen Schmerzes von Kröner-Herwig (1999) empfiehlt es sich, Probleme im Verhaltensbereich, im emotionalen, kognitiven und biologischen Bereich zu bearbeiten. So liegen bei Schmerzpatienten oftmals katastrophisierende Gedanken und Schonmythen vor, weiterhin vermeiden sie gerne körperliche Aktivitäten und nehmen zuviel Medikamente ein, die wenig hilfreich sind. Gerade bei türkischen Migranten besteht die Gefahr einer Übermedikalisierung mit Analgetika oder Tranquilizern, wenn sie ihren Ärzten nur körperliche Symptome berichten. Oftmals liegen tatsächlich schmerzhafte Muskelverspannungen oder Nervenkompressionen vor (Kröner-Herwig, 1999). Wössmer und Sleptsova (2005) machen konkrete Vorschläge zur Anpassung verhaltenstherapeutischer, kognitiver Massnahmen für türkischsprachige Patienten mit chronischen Schmerzen des Bewegungsapparats. Bezüglich psychoedukativer Massnahmen schlagen die Autoren ein stärkeres Eingehen auf den einzelnen türkischen Patienten vor sowie eine Erläuterung der Information mit konkreten Beispielen, so z.B. beim Schonverhalten. Besonders türkische Frauen würden wenig zu Selbstreflexion und abstraktem Denken neigen (Wössmer & Sleptsova, 2005). Außerdem würden sich Sprachprobleme wahrscheinlich auf einer abstrakteren Ebene stärker negativ auswirken. Zur Erarbeitung konstruktiver Stressverarbeitungsstrategien kann bei türkischen Patienten die sogenannte Wunderfrage gestellt werden, d.h. sie sollen sagen, was sie gerne tun würden, jetzt aber wegen der Schmerzen nicht mehr tun können. Dadurch erarbeiten die Patienten persönliche Ziele, zu deren Erreichung sie lösungsorientiert vorgehen müssen. Auch schlagen die Autoren einen relativ großen Anteil an Physiotherapie und aktiven Spielen vor. Ziel dabei ist die Steigerung des Körperbewusstseins und die Ablenkung von Schmerzen. Interaktive Spiele sollen dazu dienen, die Ängstlichkeit in Bezug auf Bewegung und Körper abzubauen (Wössmer & Sleptsova, 2005). Zur Steigerung des Krankheitsverständnisses bei türkischen Patienten soll Wissen über die unterschiedlichen Funktionen somatischer Symptome und ihrer Interaktion mit psychischen Symptomen vermittelt werden, besonders dann, wenn der Patient eine psychogene Verursachung seiner Erkrankung strikt verleugnet. Zusammenhänge zwischen Belastungen, die mit der Migration asso-



ziiert sind, und der Somatisierung könnten die Sichtweise für eine psychogene Verursachung erleichtern.

#### 4.2.3 Optimierung der krankheitsspezifischen Stressverarbeitung

Die krankheitsspezifische Stressverarbeitung als bedeutsamer Prädiktor für Behandlungsergebnisse war durch krankheitsförderliche Besonderheiten bei Patienten türkischer Herkunft charakterisiert. Bei Patienten mit koronaren Herzerkrankungen sollten unabhängig von der Herkunft maladaptive Stressverarbeitungsstrategien abgebaut werden. Speziell bei türkischen KHK-Patienten empfiehlt sich die Bearbeitung resignativer Stressverarbeitungsmechanismen, Grübelneigungen und hilfloser Fluchttendenzen. Man könnte diese Strategien unter dem Begriff der „depressiven Verarbeitungsweise“ subsumieren. Das Finden eines Zugangs zu diesen Verhaltensweisen kann durch die Exploration kognitiver Muster als Basis oder Wurzel dieser Verhaltensweisen erfolgen. Möglicherweise liegen bei türkischen Patienten aufgrund mangelnder Ressourcen in unterschiedlichen Bereichen besonders verhärtete dysfunktionale Kognitionen vor, die zu Gefühlen der Hilflosigkeit und niedriger Selbstwirksamkeit beitragen. Gerade türkischen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen mangelte es in der vorliegenden Arbeit stark an konkreten Handlungsoptionen und adaptiven Reaktionsmöglichkeiten in krankheitsbedingten Krisensituationen, die eine Voraussetzung für Behandlungserfolge darstellten. So ergibt sich die Empfehlung im Rahmen von **Stressverarbeitungstrainings** bei türkischen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen schwerpunktmäßig die **Entwicklung adaptiver Stressverarbeitungsstrategien** zu fördern. Mögliche Schwerpunkte eines solchen Trainings könnten in der Vermittlung und im Üben von Techniken der Selbstberuhigung, Selbsttröstung und Selbstkontrolle liegen, sodass sich eine internale Kontrollüberzeugung für Krisensituationen entwickeln kann. Es ist davon auszugehen, dass wenn diese Krisensituationen unter verbesserter Selbstkontrolle erlebt werden, weniger Ohnmachts- oder Hilflosigkeitsgefühle auftreten werden. Ein weiterer Schwerpunkt eines solchen Trainings sollte die Entwicklung der Technik der positiven Selbstinstruktion sein, bei der Patienten lernen sollen, sich in Krisen zu ermutigen und positiv zu beeinflussen. In diesem Zusammenhang sollten auch Optimismus und positives Denken vermittelt werden, um krankheitsbedingten Verzerrungen der Wahrnehmung und Bewertung entgegenzuwirken. Da sich türkische Patien-

ten oftmals konkrete Anweisungen wünschen, eignen sich verhaltenstherapeutische Ansätze besonders gut in der Behandlung. Aufbauend auf Befragungen des Patienten können Handlungspläne für Krisensituationen unter Beachtung kulturspezifischer Besonderheiten erarbeitet werden. Beispielsweise wäre denkbar, dass Patienten mit starker positiver familiärer Bindung bei Krisen Familienmitglieder einschalten. Bei deutschen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen wäre in Anbetracht der Ergebnisse ein stärkeres Eingehen auf maladaptive Stressverarbeitungsstrategien angemessen. Insgesamt stellt die Stressverarbeitung einen wichtigen behandlungswürdigen Ansatzpunkt dar, da sie in unserer Studie nicht nur direkte Effekte auf die Behandlungsergebnisse hatte, sondern auch indirekte Effekte subjektiver Krankheitsvorstellungen und der Persönlichkeitsfaktoren vermittelte.

#### 4.2.4 Förderung der Persönlichkeitsentwicklung

Persönlichkeitsbezogene Interventionen mögen zwar im Rahmen einer stationären Behandlung in großem Ausmaße kaum umsetzbar sein, sollten jedoch unbedingt Berücksichtigung finden, da sie der wichtigste Prädiktor für Behandlungsergebnisse darstellten, sowohl bezüglich ihrer direkten als auch bezüglich ihrer indirekten Effekte. In Tabelle 78 sind die Persönlichkeitsfaktoren aufgeführt, die in den 4 Gruppen signifikant mit Behandlungsergebnis-Parametern assoziiert waren.

Tabelle 78: Behandlungsergebnis-relevante Persönlichkeitsfaktoren

KHK-türkisch	KHK-deutsch	Psychiatrisch-türkisch	Psychiatrisch-deutsch
Neurotizismus	Neurotizismus	Extraversion	Neurotizismus
Extraversion	Gewissenhaftigkeit	Gewissenhaftigkeit	Extraversion
Gewissenhaftigkeit		Verträglichkeit	
Offenheit für Erfahrung		Offenheit für Erfahrung	
		Neurotizismus	

Bei türkischen Patienten ergeben sich besonders viele Ansatzpunkte zur Anstoßung gesundheitsförderlicher Persönlichkeitsentwicklungen, da mehr Skalen mit den Behandlungsergebnissen assoziiert gewesen sind. Diese Maßnahmen können im Rahmen einer stationären Behandlung aus zeitlichen und finanziellen Mit-

tel nicht durchgeführt werden, sollten jedoch angestoßen werden, um Voraussetzungen für eine Fortführung nach dem stationären Aufenthalt zu schaffen. Für türkische Patienten beider Diagnosegruppen sollten insbesondere Massnahmen zur Förderung von Aktivitäten, optimistischer Einstellungen und Geselligkeit implementiert werden, außerdem Massnahmen zur Förderung von Selbstdisziplin, Zielorientiertheit und einer handlungsorientierten Haltung. Während für türkische Patienten mit psychiatrischen Diagnosen ein weiterer Schwerpunkt auf der Förderung offener Haltungen und sozialer Kompetenz erforderlich ist, stellt sich bei türkischen KHK-Patienten eine zu starke Offenheit als behandlungshinderlich dar. Möglicherweise macht es Sinn, die Motivation für neue Erfahrungen bei türkischen KHK-Patienten etwas zu dämpfen, wenn sie dadurch unter Leistungsdruck geraten. In allen 4 Gruppen sollten neurotische Muster abgebaut werden, da sie durchweg krankheitsförderlich waren. Bei deutschen KHK-Patienten scheint darüber hinaus ähnlich wie in den türkischen Gruppen die Förderung von Zielorientiertheit, Pflichtbewusstsein und systematischem strukturierten Arbeiten behandlungsförderlich zu sein. Bei deutschen Patienten mit psychischen Erkrankungen spielt hingegen neben dem Abbau neurotischer Verhaltensmuster die Förderung extravertierter Persönlichkeitszüge eine für den Behandlungserfolg zentrale Rolle. Die Durchführung persönlichkeitsverändernder Massnahmen könnte ebenso wie die Veränderung von Stressverarbeitungsstrategien durch kognitive und verhaltenstherapeutische Maßnahmen erfolgen. So wären z.B. die Facetten der Extraversion wie Aktivität oder Optimismus und die Facetten der Gewissenhaftigkeit besonders gut über die Erarbeitung und Übung konkreter Verhaltensweisen beeinflussbar, während übertriebene neurotische Ängste eher über den Abbau kognitiver Dysfunktionen reduziert werden könnten. Da langfristige Veränderungen der Persönlichkeit ein lebenslanger Prozess sind, sollte dem Patienten ein auf ihn zugeschnittenes Manual mitgegeben werden, das Tipps enthält, wie er auch in seinem Alltag eine gesundheitsförderliche Persönlichkeitsentwicklung antreiben und umsetzen kann. Bei der Erarbeitung und Zusammenstellung von Programmen zur Persönlichkeitsentwicklung ist selbstverständlich bei türkischen Patienten auf Besonderheiten der Kultur und der migrationsassoziierten Situation zu achten, damit verhaltensnahe Vorschläge tatsächlich realisiert werden können. Eine Überforderung oder fehlende Realisierbarkeit möglicher Programmpunkte kann nämlich wieder Resignationen und Hoffnungslosigkeit

auslösen. Empfehlungen zu ambulanten Weiterbehandlungen sind in diesem Zusammenhang ebenso denkbar. Dies gestaltet sich jedoch gerade für türkische Patienten eher schwierig, da sie u.a. oftmals über mögliche Versorgungsangebote im psychotherapeutischen Bereich tendenziell wenig informiert sind. Aus diesem Grunde ergibt sich die Notwendigkeit von Informationsvermittlung zu ambulanten psychosozialen Versorgungsangeboten.

#### **4.2.5 Förderung des Aufbaus sozial unterstützender Netzwerke**

Die wahrgenommene soziale Unterstützung war zwar angesichts der relativ wenigen signifikanten Vorhersagen kein besonders bedeutsamer Prädiktor der Behandlungsergebnisse bei Entlassung, vermittelte jedoch in den psychiatrischen Gruppen positive Effekte der Persönlichkeit und der Stressverarbeitung auf die Behandlungsergebnis-Parameter und hatte einen puffernden Effekt auf migrationsassoziierte Belastungen bzw. äquivalente Belastungen bei deutschen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen. Viel wichtiger für das Behandlungsergebnis stellten sich gruppenübergreifend soziale Isolation und Einsamkeitsgefühle dar (vgl. 4.2.7), die mit sehr vielen Behandlungsergebnis-Parametern korreliert waren. Dies bedeutet, dass das Vorhandensein positiver sozialer Beziehungen viel wichtiger für die Gesundheit ist als die Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung. Aufgrund der Wichtigkeit sozialer Kontakte sollten in der Behandlung von Patienten türkischer Herkunft, die besonders stark von sozialer Isolation und Einsamkeit betroffen sein können, Massnahmen zur Förderung des Aufbaus sozialer Kontakte implementiert werden. Insbesondere für türkische Patienten mit psychischen Erkrankungen sollte die Förderung des Aufbaus sozialer Netzwerke im Rahmen der Behandlung Standard werden, da in dieser Gruppe das kritische Lebensereignis „Erweiterung sozialer Kontakte“ mit einer Reihe von Behandlungsergebnis-Parametern positiv assoziiert war. Es sollen mit dem Patienten Überlegungen angestellt werden, in welchen Bereichen (z.B. Freizeit, Hobbies, Vereine, Arbeitsplatz, ehrenamtliche Tätigkeiten) Kontakte aufgebaut werden können. Zu denken wäre in Anbetracht der jeweiligen Erkrankung an die Teilnahme an Selbsthilfegruppen. Gerade für türkische Patienten mit geringen Deutschkenntnissen, fehlenden Hobbies, dem ausschließlichen Kontakt zur Familie oder einem fehlenden Arbeitsplatz, kann sich die Erweiterung sozialer Netzwerke als ziemlich problematisch darstellen. Aus diesem Grunde sollten gemeinsam mit dem Pati-

enten mögliche Hindernisse zur Kontaktaufnahme exploriert werden. Wenn beispielsweise schlechte Deutschkenntnisse ein Hindernis darstellen, könnte man einen Sprachkurs empfehlen. Damit bestünde zum einen die Möglichkeit, im Kurs Personen kennenzulernen und zum anderen später vermehrt Kontakte zu anderssprechenden Personen aufzunehmen. Falls große soziale Unsicherheiten eine Barriere darstellen, wäre die Teilnahme an einem Selbstsicherheitstraining angemessen, bei Defiziten bezüglich sozialer Kompetenzen ein entsprechendes Training sozialer Fertigkeiten. Fabian und Becker (2001) schlagen bei Risikogruppen (wie z.B. depressiv Erkrankten oder Personen, die professionelle Hilfeangebote schlecht akzeptieren) Befriending-Interventionen vor. Nach Cox (1993) ist „befriending“ eine Aktivität, die das Ziel verfolgt, eine Beziehung zwischen zwei Individuen herzustellen, die sich von der Beziehung zwischen professionellem Helfer und Klient deutlich unterscheidet. Hauptmerkmale dieser Beziehung sind:

- 1.) Verbindlichkeit gegenüber der befreundeten Person, die nicht durch institutionelle Regeln begrenzt ist
- 2.) Kein grundsätzlicher Unterschied zwischen befreundeter Person und der „Freundin“, wobei die Hauptverantwortung in der Anfangsphase bei der „Freundin“ liegt
- 3.) Bereitschaft für gegenseitige Offenheit und emotionale Anteilnahme
- 4.) Die „Freundin“ trägt nicht die für professionelle Helfer vorgeschriebene Verantwortung und wirkt damit authentischer (zusammenfassend siehe Fabian & Becker, 2001).

Bei Patienten türkischer Herkunft biete es sich an, als „Freund“ oder „Freundin“ eine Person einzusetzen, die selbst einen Migrationshintergrund hat oder sogar aus der gleichen Kultur stammt.

#### **4.2.6 Förderung der Behandlungsmotivation**

Bei Patienten mit psychiatrischen Diagnosen stellte sich eine hohe Behandlungsmotivation als förderlich für die Behandlungsergebnisse dar. Gerade bei türkischen Patienten sollten motivationale Einflüsse in der Behandlung berücksichtigt werden, da diese Patienten in der vorliegenden Arbeit von Behandlern als bedeutsam weniger behandlungsmotiviert eingeschätzt worden sind als deutsche Patienten.

Nach Rodewig (2000) gibt es besondere Merkmale türkischer Klienten, die die Einstellung zur Psychotherapie in charakteristischer Weise beeinflussen:

- 1.) Die geringe Schulbildung und mangelnde Übung im Lesen und Schreiben führt zu einem geringen Informationsstand in Bezug auf biopsychosoziale Zusammenhänge.
- 2.) Die gesellschaftlichen Verhältnisse führen zu einem Kollektivselbstbild.
- 3.) Damit verbunden ist, dass eigene Schwächen und Krankheit eher als Folge äußerer Einwirkung verstanden werden.
- 4.) Hierbei werden sie oft als göttliche Bestrafung oder als Sühne für Fehlleistungen der Gemeinschaft gegenüber aufgefasst.
- 5.) Aufgrund einer stärkeren sozialen Kontrolle in der türkischen Gesellschaft spielen Schuld- und Schamgefühle der Gemeinschaft gegenüber eine größere Rolle.
- 6.) Viele türkische Patienten haben keine Vorerfahrungen mit Psychotherapie.
- 7.) Die Fähigkeit zum Nachspüren eigener Wünsche und zur Selbstreflexion ist oft nicht stark entwickelt.
- 8.) Der Versuch des Therapeuten, die Motivationslage des Patienten zu bewerten, wird häufig als Versuch individueller Schuldzuweisung verstanden und mit Widerstand bis zur Ablehnung der therapeutischen Beziehung beantwortet (Rodewig, 2000)

Der letzte Punkt verdeutlicht, dass ein direktes Ansprechen mangelnder Motivation eher negative Effekte auf die Arzt-Patienten-Beziehung entfalten kann. Um die Behandlungsmotivation zu erhöhen, sind dementsprechend indirekte Massnahmen erforderlich. Rodewig (2000) schlägt in diesem Kontext vor, einzelne Behandlungsbausteine monokulturell durchzuführen und an kulturspezifische Besonderheiten anzupassen, so z.B. die Gruppentherapie. Das geringere Bildungsniveau und die Externalisierungsneigung türkischer Patienten machen ein behutsames Heranführen an psychosomatische Erklärungsmuster notwendig, die durch Sprichwörter aus dem Volksmund (z.B. „Mir bricht vor Kummer das Herz“ oder „Mir läuft vor Wut die Galle über“) oder alltägliche Erfahrungen (z.B. „Bei Stress werden die Haare schneller grau“) anschaulich gemacht werden können. Dabei sollten natürlich die landestypischen Sprichwörter herangezogen werden. Zur Steigerung von Selbstwirksamkeitserwartungen können Methoden der Au-

suggestion eingesetzt werden, die durch meditative türkische Musik oder Erzählungen orientalischer Geschichten unterstützt werden. Patienten können sich dann mit den Helden der Geschichte identifizieren, die aktiv ihr Schicksal in die Hand nehmen. In der Gruppe kann schließlich der Inhalt der Geschichten diskutiert werden, um neue oder alternative Normen bilden zu können. Im Rahmen themenzentrierter interaktioneller Gruppen sollte den Patienten die Möglichkeit gegeben werden, über allgemeine Probleme zu sprechen, ohne einen Selbstbezug herzustellen, denn dadurch werden die Schamgrenzen des Einzelnen besser respektiert und der Widerstand minimiert. Ein adäquater Umgang mit magischen Bedeutungszuschreibungen (z.B. Zusammenarbeit mit Hocas, Methoden der Über-Ich-Entlastung) und Massnahmen zur Förderung der Integration (vgl. 4.2.8) bieten sich ebenso an, Grundlagen zu schaffen, um die Motivation der Patienten zu erhöhen.

#### 4.2.7 Exploration und Bearbeitung kritischer Lebensereignisse und migrationsassoziierter Belastungen

Kritische Lebensereignisse und migrationsassoziierte Belastungen bzw. vergleichbare Belastungen waren bedeutsam mit schlechten Behandlungsergebnissen assoziiert und sollten deshalb im Rahmen der Behandlung diagnostiziert und bearbeitet werden. Welche Belastungen dabei gruppenspezifisch besonders stark mit schlechten Behandlungsergebnissen korrelierten, sieht man in den Tabellen 79 und 80.

Tabelle 79: Behandlungsergebnis-assoziierte **kritische Lebensereignisse** der jeweiligen 4 Gruppen mit „fettgedruckt“= Ereignisse, die nur für türkische (deutsche) Patienten der jeweiligen Diagnosegruppe bedeutsam waren.

<b>KHK-türkisch</b>	Eigene geistig seelische Erkrankung, <b>schwere Konflikte in der Partnerschaft oder Ehe, finanzielle Probleme, berufliche Misserfolge des Partners, berufliche &amp; private Probleme der Kinder, Verlust der eigenen Mobilität, Alkohol- oder Medikamentenprobleme</b>
<b>KHK-deutsch</b>	Eigene seelische Erkrankung, <b>Verlust des Arbeitsplatzes/ Arbeitslosigkeit</b>
<b>Psychiatrisch-türkisch</b>	<b>Schwere Konflikte mit Kindern, Gewalterfahrungen als Opfer, Alkohol- oder Medikamentenprobleme der Kinder, Geburt eines Enkelkinds, seelische Erkrankung der Kinder, Auszug der Kinder, Konflikte mit anderen Familienmitgliedern, Verlust der eigenen Mobilität</b>
<b>Psychiatrisch-deutsch</b>	<b>Schwere Konflikte mit den Kindern, Tod des Partners, Scheidung oder Trennung nach länger wählender Partnerschaft, schwere Konflikte mit dem Partner, Pensionierung/ Berentung des Partners, berufliche oder private Probleme der Kinder, Eingehen einer neuen Partnerschaft</b>

Tabelle 80: Behandlungsergebnis-assoziierte **(Migrations)Belastungen** der jeweiligen 4 Gruppen mit „fettgedruckt“= Belastungen, die nur für türkische (deutsche) Patienten der jeweiligen Diagnosegruppe bedeutsam waren.

<b>KHK-türkisch</b>	Gefühle der Einsamkeit & soziale Isolation, <b>Verständigungsprobleme, Gefühle der Fremdheit, Ausgestoßensein aus der Ursprungsfamilie, Unklarheiten bezüglich der Erwartungen anderer, unerfüllte Hoffnungen und Erwartungen, Rückkehrwünsche</b>
<b>KHK-deutsch</b>	Gefühle der Einsamkeit & soziale Isolation, <b>Ablehnung des Partners durch die Ursprungsfamilie</b>
<b>Psychiatrisch-türkisch</b>	Familiäre Gewalt, Gefühle der Einsamkeit & soziale Isolation, Gefühle der Fremdheit, Unklarheiten bezüglich der Erwartungen anderer, <b>Ausgestoßen von der Ursprungsfamilie, Eheprobleme wegen der sozialen Position der Frau, Probleme beim Geschlechtsverkehr, unerfüllte Hoffnungen und Erwartungen, häufiger Wechsel wichtiger Bezugspersonen in der Türkei</b>
<b>Psychiatrisch-deutsch</b>	Familiäre Gewalt, Gefühle der Einsamkeit & soziale Isolation, Unklarheiten bezüglich der Erwartungen anderer, Gefühle der Fremdheit, <b>feindliches Verhalten von anderen, Gefühle der Unterdrückung durch andere</b>

Zur Erfassung behandlungserfolgsgefährdender kritischer Lebensereignisse und migrationsassoziiierter Belastungen empfiehlt es sich, strukturierte Leitfäden zu entwickeln, die 1 oder 2 verständliche Fragen zu jeder Belastung beinhalten. Orientierungsbeispiele zum Aufbau eines solchen Leitfadens finden sich z.B. in Arbeiten von Seiedin (2005) und von Albus und Mitarbeitern (2005). Ableitend aus den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit sollte bei Patienten mit koronaren Herzerkrankungen unabhängig von der Herkunft das Vorliegen psychischer Erkrankungen, familiärer und ökonomischer Belastungen erfragt werden. Bei Patienten mit psychischen Erkrankungen ist es sinnvoll, kulturunabhängig auf familiäre Problembereiche, soziale Isolation und Fremdheitsgefühle einzugehen. Gerade das Thema „familiäre Gewalt“ sollte bei türkischen Patienten berücksichtigt werden, weil diese Belastung signifikant häufiger in der türkischen psychiatrischen Gruppe vorlag und mit den meisten Behandlungsergebnis-Parametern bei Entlassung korrelierte. Weiterhin sollten bei letzterer Gruppe spezifische Problematiken wie z.B. unerfüllte Hoffnungen in Deutschland und veränderte Rollen innerhalb der Familie angesprochen werden. Es kann im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht detailliert auf jede einzelne Belastung eingegangen werden. Es sollen jedoch einige wesentliche mögliche Vorgehensweisen bezüglich der wichtigsten Belastungen angerissen werden. Beim Vorliegen **familiärer Belastungen** wäre es denkbar, betroffene Familienmitglieder stärker in die Behandlung einzubezie-



hen oder eine sich anschließende ambulante Familientherapie vorzuschlagen. Beim Verdacht auf **familiäre Gewalt** schlägt Ebner (2005) vor, Frauen direkt zu befragen, da Erfahrungen mit anderen Ländern zeigten, dass die Frauen bereitwillig darüber Auskunft geben und sogar oftmals erleichtert sind. Bei türkischen Frauen wird dieses Vorgehen erst greifen, wenn sie bereits ein Vertrauen zum Arzt aufgebaut haben, da sie diese Erlebnisse oft leugnen und erst sehr spät in der Behandlung unter Betonung der Schweigepflicht berichten. Interventionsmöglichkeiten umfassen auch bei betroffenen türkischen Frauen das Androhen und Einleiten von Sanktionen (wie z.B. Time-Out, Schutz) und die Abklärung, ob der Einbezug eines Justizapparates möglich und sinnvoll ist. Jedoch sollten bestimmte migrationsassoziierte Besonderheiten berücksichtigt werden, wie z.B. die verstärkte Abhängigkeit der türkischen Frau vom Täter, wenn ihre Aufenthaltserlaubnis nur durch die Ehe begründet ist. Es darf dabei nicht zu einer Verharmlosung der Gewalt kommen und rasches Eingreifen wird zur Verhütung weiterer Gewalt empfohlen. Da Migranten als Täter oftmals ihre Werte und Gepflogenheiten zur Bagatellisierung, Rechtfertigung und Leugnung ihrer Taten einsetzen, sollte vom Behandler eine klare Stellung zum Rechtssystem betont werden und darauf hingewiesen werden, dass auch im Herkunftsland Gewalt strafbar sei, auch wenn sie von der Gesellschaft akzeptiert wird. Bei betroffenen Frauen mit Migrationshintergrund ist ein wichtiges Ziel neben dem Schutz, Massnahmen vorzuschlagen oder einzuleiten, die die Selbständigkeit und Unabhängigkeit fördern, wie z.B. Deutschkurse, Beschäftigungen außerhalb der Familie und die Vermittlung von außerfamiliären Kontakten (Ebner, 2005). Bei türkischen Patienten mit psychischen Erkrankungen sollten außerdem **Konflikte mit den eigenen Kindern** eruiert werden. Zur Reduktion von **sozialer Isolation und Gefühlen der Einsamkeit** können die unter 4.2.5 gemachten Vorschläge zur Förderung und zum Aufbau sozialer Netzwerke herangezogen werden. **Gefühle der Fremdheit** können im Rahmen des Behandlungssettings durch integrationserleichternde Massnahmen reduziert werden (vgl. 4.2.8). **Unklarheiten bezüglich der Erwartungen anderer** können im Rahmen von Trainings zur sozialen Kompetenz mit dem Schwerpunkt „Einschätzen und Bewerten sozialer Situationen“ angegangen werden. Speziell bei türkischen Patienten sollen auch **Probleme beim Geschlechtsverkehr** im Rahmen der Gesprächstherapie vorsichtig exploriert werden, z.B. über Zufriedenheitsratings. Bei der Exploration **unerfüllter Er-**

**wartungen** und damit einhergehender Enttäuschungen kann gemeinsam mit dem Patienten ausgearbeitet werden, welche Ziele er in Deutschland doch erreicht hat oder ob die Ziele, die er erreichen wollte, wirklich so wichtig sind. Dadurch soll der Patient lernen, sein bisheriges Leben positiver zu bewerten.

#### **4.2.8 Schaffung integrationserleichternder Bedingungen**

Ein wichtiger Aspekt zur Förderung der Akkulturation, die den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit zum einen gute arzteingeschätzte Behandlungsergebnisse türkischer Patienten prädizierte, zum anderen eine Puffer gegen den Leidensdruck unter migrationsassoziierten Belastungen darstellte, ist die Schaffung integrationserleichternder Bedingungen. Zur Förderung der Akkulturation sollte die unmittelbare Umgebung verständnisvoll, vertrauenssicher und respektierend sein, sowohl bezüglich des äußeren Settings als auch bezüglich der sozialen Beziehungen (z.B. Arzt-Patienten-Interaktion, Beziehung zu Mitpatienten etc.). Auf jeden Fall sollten Versorgungsangebote in der Muttersprache angeboten werden und bilinguale professionelle Mitarbeiter als Ansprechpartner zur Verfügung stehen. Ferner bietet es sich an, Broschüren in türkischer Sprache auszulegen und bei ausreichendem Platz einen Raum für Rückzugsmöglichkeiten zum Beten zu schaffen. Rodewig (2000) schlägt folgendes vor: Gemeinsame therapeutische Angebote für türkische und deutsche Patienten (z.B. Sport- und Bewegungstherapie), Feiern der christlichen und islamischen Feste in der Klinik, die Veranstaltung deutsch-türkischer Kulturfeste in Verbindung mit dem Zubereiten türkischer Mahlzeiten durch die Patienten selbst, und das Angebot halboffener Sprachkurse (z.B. Deutsch für Ausländer).

#### **4.2.9 Beachtung spezifischer Versorgungswünsche**

Bei Patienten türkischer Herkunft macht es aufgrund der oftmals stärkeren Bedeutsamkeit der Familie Sinn, den Patienten zu fragen, inwiefern Familienangehörige in den Behandlungsprozess einbezogen werden sollen. Türkische Patienten unserer Studie waren z.B. eher der Meinung, dass ihre Familie sich um sie kümmern und sie bedienen soll, wenn sie krank sind. In diesem Zusammenhang sollte Verständnis für häufige Besuche durch die Familie aufgebracht werden, die

außerhalb der offiziellen Besuchszeiten liegen. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit deuteten auch darauf hin, dass sich türkische Patienten durch die Behandlung stärker überfordert fühlen als deutsche Patienten. Es wäre aus diesem Grunde angebracht, sie in regelmäßigen Zeitabständen zu fragen, ob sie mit dem Ausmaß der Angebote zufrieden sind und zurechtkommen.

#### **4.2.10 Besonderheiten bei der Aufstellung von Behandlungszielen**

Bei der Aufstellung von Behandlungszielen ist aufgrund der signifikant schlechteren Behandlungsergebnisse türkischer Patienten beider Diagnosegruppen im Vergleich zu deutschen Patienten das Kriterium der „Zielerreichung“ zu beachten. Es wird empfohlen, die Behandlungsziele bei Patienten türkischer Herkunft etwas niedriger anzusetzen als bei deutschen Patienten. Eigene Erwartungen sollen dabei reduziert werden und der Blick für das in der Therapie Realisierbare geschärft werden. Behandler sollen dabei nicht resignieren, sondern überlegen, was innerhalb der Behandlung erreicht werden kann. Insbesondere im Hinblick auf die im Durchschnitt signifikant niedrigere Überzeugung von der Behandlungswirksamkeit bei türkischen Patienten darf auf keinen Fall der Eindruck vermittelt werden, dass die Therapie weniger hilfreich sei als bei deutschen Patienten. Im Gegenteil, türkische Patienten sollten vielmehr zur Therapie motiviert werden. Positiv könnte sich in diesem Kontext auswirken, wenn bereits minimale Fortschritte oder Erfolge dem Patienten in Kombination mit Lob oder positiver Verstärkung rückgemeldet werden. Es zeigte sich auch, dass türkische Patienten weniger Verständnis dafür hatten, sich in der Therapie anzustrengen. Aus diesem Grunde ist von vornherein klarzumachen, dass sich Erfolge erst einstellen können, wenn der Patient immer aktiv mitarbeitet und sich anstrengt. Vielleicht können in diesem Kontext Beispiele aus anderen Bereichen, wie z.B. Beruf oder Hobbies angeführt werden, in denen in ähnlicher Weise Erfolg hauptsächlich durch Arbeit oder ständiges Üben erreicht werden kann. Patienten türkischer Herkunft sollten nicht so stark in die Planungsphase und Aufstellung der Therapieziele einbezogen werden, da sie dadurch den Eindruck gewinnen könnten, der Behandler sei inkompetent. Besser wäre es, wenn der Behandler seine ausgearbeiteten Vorschläge zur Behandlung (Behandlungsziele & eingesetzte Techniken) dem Patienten vorlegt, erklärt und nach Wünschen und Veränderungsvor-

schlägen des Patienten fragt, die in den Gesamtbehandlungsplan eingebaut werden können. Bei türkischen Patienten mit koronaren Herzerkrankungen ist es sinnvoll zu überprüfen, inwieweit Wissen über Risikofaktoren vorliegt, sodass bei Wissenslücken oder fehlendem Bewusstsein des Einflusses des eigenen Verhaltens auf die Erkrankung psychoedukative Massnahmen eingesetzt werden können. Weiterhin sollte -auch bei deutschen KHK-Patienten- abgeklärt werden, ob psychische Belastungen vorliegen. Beim Vorliegen dieser Belastungen kann eine zusätzliche psychotherapeutische Behandlung eingeleitet werden. Zu Verbesserung der Behandlungsergebnisse türkischer Patienten mit koronaren und/ oder psychischen Erkrankungen sollten selbstverständlich alle Vorschläge der vorliegenden Arbeit nach Möglichkeit und Bedarf genutzt werden.

#### **4.2.11 Besonderheiten bei der Versorgung analphabetischer türkischer Patienten**

Ergebnissen von Substichprobenanalysen zufolge (vgl. 3.3.3) sollte bei analphabetischen Patienten während der Behandlung besonders auf die starke Somatisierungstendenz, depressive Beschwerden und subjektive Krankheitsvorstellungen eingegangen werden, da sich in diesen Bereichen starke behandlungshinderliche Abhebungen von der türkischen Gruppe ohne Lese- und Rechtsschreibschwierigkeiten zeigten. Bei türkischen analphabetischen KHK-Patienten ergab die Analyse die Notwendigkeit neben der Beachtung von Akkulturation und kritischen Lebensereignissen, ebenso wie bei den analphabetischen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen, schwerpunktmäßig subjektive Krankheitskonzepte zu bearbeiten.

#### **4.3 Kritischer Ausblick**

Es folgt eine kritische Betrachtung bezüglich der Stichprobe, des Designs, der Erhebungsverfahren und der Auswertung einzelner Fragestellungen. Außerdem werden Fragestellungen abgeleitet, deren Untersuchung in Anbetracht der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit äußerst sinnvoll und lohnenswert sind.

### 4.3.1 Stichprobe

Das Zusammenlegen von Patienten mit psychiatrischen Diagnosen ist unter dem Gesichtspunkt der Diagnosespezifität einzelner krankheitsrelevanter Faktoren wie z.B. subjektiver Krankheitskonzepte, der Stressverarbeitung und der Persönlichkeitsstruktur problematisch. Subgruppenanalysen mit Vergleichen zwischen Patienten mit F3- und F4-Diagnosen nach ICD-10 bezüglich der untersuchten krankheitsrelevanten Faktoren ergaben jedoch nur vereinzelt signifikante Unterschiede. So hat eine gezielte Betrachtung einzelner Diagnosen zwar den Vorteil, diagnosespezifische Aussagen treffen zu können, spielte aber für die Stichproben unserer Studie u. a. auch wegen dem häufigen Vorliegen von Mehrfachdiagnosen aus beiden Bereichen eine eher unbedeutende Rolle. Außerdem ist bekannt, dass es hohe Korrelationen und Komorbiditäten zwischen depressiven Symptomen und Angstsymptomen gibt. Theoretisch könnten sich trotz fehlender Unterschiede in krankheitsrelevanten Faktoren zwischen Patienten mit F3- und F4-Diagnosen diagnoseabhängig unterschiedliche Wichtigkeiten einzelner krankheitsrelevanter Faktoren für die Behandlungsergebnisse ergeben, die aufgrund der kleinen Stichproben nicht überprüft werden konnten. So könnte es z. B. sein, dass eine depressive Verarbeitungsweise für depressive Patienten wichtiger für fehlende Behandlungserfolge ist, während für Patienten mit somatoformen Störungen subjektiv vermutete Krankheitsursachen einen stärkeren Einfluss auf das Behandlungsergebnis haben könnten. Personen mit somatoformen Störungen gehen nämlich oftmals von organischen Ursachen aus und neigen zur Verleugnung einer psychogenen Genese ihrer Beschwerden, sodass Compliance-Probleme bei psychotherapeutisch orientierter Behandlung resultieren können.

Die kleinen Stichprobengrößen machten in der vorliegenden Arbeit nicht nur ein Zusammenlegen der F3- und F4-Diagnosegruppen erforderlich, sondern verhinderten auch die Anwendung der Pfadanalysen auf die KHK-Stichproben.

Im Rahmen der Pfadmodellberechnungen bezüglich der Patienten mit psychiatrischen Diagnosen begrenzte die Stichprobengröße außerdem die Komplexität der Pfadmodelle und schloss die Aufstellung für die Fragestellungen nötiger Strukturgleichungsmodellen von vornherein aus. Besonders problematisch war die Unmöglichkeit die Subskalen einzelner Konstrukte (z.B. subjektiver Krankheits-

konzepte) gleichzeitig in den Pfadmodellen zu betrachten. Stattdessen mussten diese nacheinander analysiert werden, sodass zu jedem der 4 Modelle eine große Anzahl an Modellrechnungen durch die Kombination verschiedener Subskalen unterschiedlicher Konstrukte erforderlich war. So passierte es einige Male, dass innerhalb eines Modells bei einer Kombination eine bestimmte Facette eines krankheitsrelevanten Faktors einen signifikanten direkten oder indirekten Effekt auf ein bestimmtes Behandlungsergebnis-Maß zu t0 oder t1 aufwies, während bei einer anderen Kombination kein Effekt gefunden werden konnte. In Abhängigkeit von der Prädiktorkombination ergaben sich dementsprechend, jedoch relativ selten, unterschiedliche Ergebnisse.

Das Ausbleiben einer Parallelisierung nach sozioökonomischen Status beim Vergleich türkischer und deutscher Patienten hat sich kovarianzanalytischen Auswertungen zufolge nur vereinzelt auf die Unterschiede zwischen deutschen und türkischen Diagnosegruppen ausgewirkt. Da türkische Patienten in Psychiatrie und Psychosomatik aus einer türkischen Population stammen, deren sozioökonomischer Status tatsächlich aufgrund von Migrationsbelastungen oder anderen Erschwernissen niedriger ist, ist es in Anbetracht der Stichprobenrepräsentativität vernünftig, keine Parallelisierung bezüglich dieser Variable vorzunehmen. Es ist nämlich keine eindeutige Trennung zwischen migrationsassoziierten Situation und niedrigem Sozialstatus möglich, da letzterer Aspekt durchaus Bestandteil der migrationsassoziierten Belastungssituation sein kann. Das Entwickeln von Vorschlägen zur Optimierung der Behandlungsangebote sollte sich an den Populationen orientieren, die sich real in der Psychiatrie, der psychosomatischen oder kardiologischen Rehabilitation befinden. Ob die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit auf andere Stichproben aus der Gesamtpopulation türkischer Migranten in Deutschland (wie z.B. 3. Generation) übertragbar sind, bleibt offen.

Beim Vergleich der türkischen und deutschen psychiatrischen Gruppen könnten sich weiterhin Parallelisierungsprobleme bezüglich Behandlungsort und Behandlungsdiagnose ausgewirkt haben. So befanden sich unter den türkischen Patienten mehr Personen mit Doppeldiagnosen aus dem F3- und F4-Bereich und mehr Personen mit somatoformen Störungen. Es würde nahe liegen, einige Unterschiede wie die stärkere Somatisierungsneigung bei türkischen Patienten auf die ungleichen Diagnosen zurückzuführen. Dagegen sprechen jedoch die Ergebnisse von Subgruppenanalysen, nach denen auch depressive türkische Patienten

eine stärkere Somatisierungstendenz aufwiesen als depressive deutsche Patienten. Die Voranalysen zeigten eher die Notwendigkeit auf, die Gruppe „analphabetischer türkischer Patienten“ als Subgruppe zu behandeln, da sie sich in wesentlichen Parametern von den Personen unterschieden, die Lese- und Rechtschreibkenntnisse besaßen.

#### **4.3.2 Studiendesign**

Mit dem Design der vorliegenden Arbeit konnten zwar Veränderungen erfasst werden, die im Zeitraum der Behandlung stattfanden, das Fehlen katamnestischer Messzeitpunkte erlaubte es jedoch nicht, Aussagen über positive oder negative Veränderungen zu treffen, die nach der Therapie erfolgten. So könnte es Variationen der Stabilität des Gesundheitszustandes in Abhängigkeit vom Ausmaß an Migrationsbelastungen bei türkischen Patienten geben. Es könnte auch sein, dass sich Effekte auf Behandlungsergebnis-Parameter erst nach der Behandlung zeigen, wenn der Patient in seinem alten Umfeld ist und plötzlich positive Veränderungen -z.B. bezüglich seiner sozialen Lebensqualität- bemerkt. Bei katamnestischen Untersuchungen muss natürlich die weitere Behandlung Berücksichtigung finden.

Eine Zweipunkt-Messung bietet außerdem keine Möglichkeit, Schwankungen bezüglich des Gesundheitszustandes im Laufe der Behandlung zu erfassen oder Krankheitsverläufe differenziert zu analysieren. So wäre es z.B. denkbar, dass bei einem Teil der Patienten durchaus Verbesserungen im Verlaufe der Behandlung resultierten, die jedoch am Ende der Behandlung wieder geringer wurden, weil der Patient möglicherweise Bedenken wegen seiner Entlassung oder Probleme wegen seiner Rückkehr in seine alte Umgebung hatte. Mehrfachmessungen wären dementsprechend erforderlich, um unterschiedliche Verläufe des Befindens im Zeitraum der Behandlung zu erfassen.

Es wäre auch wichtig gewesen, die heterogene Gruppe türkischer Patienten nach Schul- und Berufsausbildung, sozioökonomischen Status, Sprachkenntnissen und Religiosität zu differenzieren, da diese Variablen Erkenntnisse über das jeweilige Milieu der Betroffenen liefern (vgl. auch Sinus Sociovision, 2007). Eine zusätzliche Parallelisierung nach diesen Variablen war in der vorliegenden Arbeit

nicht realisierbar, da sich bereits zwischen türkischer und deutscher Population Bildungsunterschiede und Unterschiede im sozioökonomischen Status zeigen oder die Variablen (z.B. Ausmaß der Religiosität) nicht erfasst wurden. Die Größe des Einflusses der Bildung und des sozioökonomischen Status auf die Unterschiede zwischen deutschen und türkischen Teilnehmern bezüglich krankheitsrelevanter Faktoren und der Behandlungsergebnisse konnte jedoch im Rahmen kovarianzanalytischer Auswertungen überprüft werden.

### 4.3.3 Erhebungsverfahren

Einige der Erhebungsinstrumente erfassten bestimmte Aspekte zu undifferenziert, sodass bezweifelt werden kann, ob das zugrundeliegende Konstrukt valide gemessen werden konnte. Mit dem **Fragebogen zur Soziodemographie und zu Krankheitsmerkmalen** erfolgte in diesem Kontext u. a. eine Erfassung des sozialen Netzwerkes mit 2 Fragen. Zu einen wurde gefragt, mit wie viel Personen man innerhalb der Bereiche „engere Familie“, „weitere Familie“ und „Freunde/Bekannte“ bezüglich der vergangenen 4 Wochen Kontakt hatte und wie häufig diese Kontakte pro Gruppe vorkamen. Da die resultierenden Ergebnisse zu diesen beiden Fragen sehr schwierig zu interpretieren waren und es bereits bei der Erfassung häufige Verständnisprobleme von Seiten der Patienten gab, wurden sie erst gar nicht im Ergebnisteil dargestellt. Es empfiehlt sich, ein standardisiertes Verfahren zur Erfassung verschiedener Parameter sozialer Netzwerke einzusetzen. Mit der **Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)** wurde nur die Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung erfasst. Soziale Unterstützung und soziale Netzwerke lassen sich jedoch über eine Vielzahl wichtiger Parameter operationalisieren wie z.B. emotionale Unterstützung, praktische Unterstützung, soziale Integration, Verfügbarkeit von Vertrauenspersonen und Belastungen aus dem sozialen Netzwerk. Letzterer Punkt könnte sich bei türkischen Patienten durch Druck von der türkischen Gemeinde äußern, wenn religiöse Pflichten nicht gewissenhaft und korrekt ausgeführt werden oder Familienmitglieder nach außen hin die Familienehre gefährden. Weiterhin könnten sich Belastungen aus dem sozialen Netzwerk innerhalb der Familie durch Probleme mit den Kindern und familiäre Gewalt ergeben. Die Zufriedenheit mit sozialer Unter-



stützung muss nicht zwangsläufig mit dem sozialen Netzwerk und der tatsächlichen Unterstützung zusammenhängen. Auch bezüglich der Fremdeinschätzungen durch die Behandler wurden aus praktischen Gründen lediglich Kurzratings wie z.B. **CGI**, **GAF** oder **BSS** benutzt, die aus 1-3 Items bestehen. Eine differenziertere Erfassung des Gesundheitszustandes der Patienten durch den Arzt wäre im Hinblick auf Fragen der Übereinstimmung von Selbst- und Fremdeinschätzungen wünschenswerter gewesen.

Die Giessener adaptierte Form der revidierten Version des **Illness-Perception-Questionnaires (IPQ-R-GI)** sollte im Hinblick auf die Skala „Identität“ optimiert werden. Diese Skala enthält lediglich körperbezogene Symptome, die durch spezifische Symptome der untersuchten Diagnosen, wie z.B. khk-spezifische Symptome, depressive Symptome oder Symptome von Anpassungs- und Belastungsstörungen zu ergänzen sind. Im Grunde genommen müsste man je nach Diagnose unterschiedliche für diese Diagnose typischen Symptome vorgeben.

Im **Stressverarbeitungsfragebogen (SVF-78)** fehlen einige Stressverarbeitungsstrategien, von denen bei klinischen Stichproben ein häufiger Einsatz anzunehmen ist, so z.B. Aggression, Pharmakaeinnahme, soziale Abkapselung, Selbstbemitleidung und Entspannung. Die Wichtigkeit der Erfassung dieser Stressverarbeitungsstrategien liegt bei der Frage des Vergleichs zwischen türkischen und deutschen Patienten nahe. Patienten türkischer Herkunft fühlten sich z.B. signifikant stärker sozial isoliert, was mit schlechten Behandlungsergebnissen einherging, sodass die Annahme einer stärkeren sozialen Abkapselungstendenz im Falle krankheitsspezifischen Stresses nahe liegen würde. Auch die Einnahme von Medikamenten ist vermutlich bei türkischen Patienten stärker ausgeprägt, da sie oftmals erwarten, dass durch das Medikament die Krankheit oder die Beschwerden weggehen, während die Auswertungen der offenen Fragen des IPQ-R-GI ergaben, dass Entspannung als Methode signifikant häufiger von deutschen Patienten als positive Handlungsoption wahrgenommen wird. Es empfiehlt sich weiterhin für interkulturelle Fragestellungen, kulturtypische Stressverarbeitungsstrategien im SVF-78 aufzunehmen, wie z.B. religiöse Rituale, Suche nach sozialer Unterstützung bei Familienangehörigen, das Anfertigenlassen von Schutzmuletten oder Hoca/Heilpraktiker-Besuche.

Zur Erfassung der selbsteingeschätzten Behandlungsmotivation eignete sich der **PAREMO** nicht, da seine Skalen zum einen zu indirekt und unspezifisch waren,

zum anderen keine Zusammenhänge zwischen dieser Selbsteinschätzung und der vom Behandler direkt eingeschätzten Behandlungsmotivation zu finden waren.

Bezüglich des **Neo-Fünffaktoren-Inventar NEO-FFI** sollte überprüft werden, ob die einzelnen Persönlichkeitsfaktoren wirklich in der türkischen wie deutschen Stichprobe das Gleiche messen. Unterschiedliche Interkorrelationen der Facetten zwischen den Gruppen und fehlende signifikante Faktorladungen auf dem Faktor „Verträglichkeit“ bei der deutschen Gruppe mit psychiatrischen Diagnosen lassen Zweifel an der Vergleichbarkeit der Konstruktvalidität zwischen türkischer und deutscher Gruppe aufkommen.

Die bei deutschen KHK-Patienten und türkischen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen schwachen Zusammenhänge zwischen **kritischen Lebensereignissen (Ereignisliste)** und Behandlungsergebnis-Indikatoren könnten auf die Art der Erfassung (Vorliegen vs. kein Vorliegen) zurückzuführen sein. In zukünftigen Studien sollten kritische Lebensereignisse über Fragen des Belastungsmaßes oder Bedrohungsgrades der jeweiligen Ereignisse differenzierter erfasst werden. Es kann nämlich sein, dass ein und dasselbe kritische Lebensereignis auf den einen sehr schlecht wirkt, auf den anderen gar nicht und auf den dritten positiv.

Auch die Erfassung der Akkulturation sollte differenzierter vorgenommen werden. Mit der **Frankfurter Akkulturationsskala (FRAKK)** kann nämlich nur das Ausmaß der Anpassung erfasst werden, jedoch nicht die Integration, da die Nutzung von Ressourcen des eigenen Heimatlandes als konträr zur Anpassung angesehen wurde. Eine Differenzierung nach Berry`s Strategien bzw. eine Zusammenfassung einzelner Items zu den Subskalen „Integration“, „Separation“ und „Marginalisierung“ ist ohne weiteres nicht möglich. Das Item „In meiner Freizeit spreche ich meine Muttersprache“ kann z.B. auf Integration oder Separation hinweisen, genauso wie das Item „Ich habe kein Interesse daran, mich mit Deutschen anzufreunden“ sowohl auf Marginalisierung als auch auf Separation hindeuten kann. Vielleicht ergaben sich gerade wegen der Operationalisierung der Akkulturation über „Assimilation“ und nicht über „Integration“ sehr schwache oder keine Zusammenhänge zu Behandlungsergebnis-Indikatoren.

#### 4.3.4 Auswertungsstrategien

Insgesamt wurden in der vorliegenden Arbeit eine Vielzahl an Tests gerechnet, die eine Bonferroni-Adjustierung nahe legen, auf die verzichtet wurde, um das Fehler-II-Risiko gering zu halten. Die Angabe des Signifikanzniveaus erleichtert die Interpretation der Stärke der jeweiligen Ergebnisse, ist jedoch stichprobenabhängig. So zeigten sich z.B. bei den KHK-Gruppen schwächere Effekte, die auf die geringere Stichprobengröße zurückgeführt werden können.

Parallelisierungs-Probleme bezüglich der Diagnosen und des Behandlungsortes (Gießen- Marburg) hatten keine bedeutsamen Auswirkungen auf die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit, wie in Subgruppenanalysen festgestellt werden konnte. Es ist aber nicht auszuschließen, dass die Behandlungen sich zwischen Marburg und Gießen in nicht kontrollierten Aspekten unterschieden haben, wie z.B. Arzt-Patienten-Beziehungen.

Ein großes Problem stellte die fehlende metrische Messinvarianz zwischen der türkischen und deutschen psychiatrischen Gruppe bezüglich aller für die Pfadmodelle relevanten Konstrukte dar. Das bedeutet, dass nicht 100% davon ausgegangen werden kann, dass die Konstrukte in beiden Gruppen das Gleiche messen. Wenn Unterschiede gefunden werden, können diese neben realen Unterschieden auch Skalierungsartefakte, Unterschiede in der Skalenreliabilität und Nonäquivalenz der Konstrukte reflektieren (vgl. Steenkamp & Baumgartner, 1998).

Die fehlende metrische Messinvarianz in der vorliegenden Studie kann unterschiedliche Ursachen haben:

- 1.) fehlende Stichprobenrepräsentativität
- 2.) zu strenge Testung
- 3.) keine Übertragbarkeit der Konzepte auf klinische Stichproben
- 4.) Verzerrungen bei der Übersetzung der Fragebögen: Konstruktbias, Methodenbias, Itembias.

Der *Konstruktbias* tritt dann auf, wenn sich das mit dem Erhebungsverfahren erfasste Konstrukt zwischen den Kulturen unterscheidet. Es kann sich dabei um Unterschiede bezüglich der Konzeptualisierung oder der Verhaltensweisen handeln, die mit dem Konstrukt assoziiert sind. Um dem Konstruktbias zu entgehen, müssten lokale Befragungen gemacht werden. Er tritt eher auf, wenn Instrumente übersetzt werden als wenn sie für verschiedene Sprachen gleichzeitig entwickelt

werden. In unserer Studie wurde die Wahrscheinlichkeit dieser Verzerrung durch den Einsatz standardisierter Übersetzungsprozeduren und durch Diskussionsrunden mit Experten reduziert.

Der *Methodenbias* bezieht sich auf Intergruppenunterschiede bezüglich sozialer Erwünschtheit, bei Antwortmustern, bei der Stimulusbekanntschaft, bei der Bekanntheit von Antwortformaten und von Testsituationen im allgemeinen. Weiterhin umfasst er Intergruppenunterschiede bezüglich der Versuchspersonen-Motivation, der Versuchsleitereffekte sowie der Kommunikation zwischen Versuchsperson und Versuchsleiter. Mit Hilfe von Monotrait-Multimethod-Matrizen, wiederholten Testvorgaben, der Erfassung sozialer Erwünschtheit und der völlig unstandardisierten Vorgabe könnten interkulturelle Unterschiede festgestellt werden. In der vorliegenden Arbeit konnten nicht alle dieser Effekte überprüft werden, jedoch konnte man durch Standardisierung der Interviews, Durchführung einer Pilotphase zur Verständlichkeit der Fragen, Durchführung der Interviews in der Muttersprache und das Vorgeben einer Skala zur sozialen Erwünschtheit mögliche Effekte des Methodenbias reduzieren.

Der *Itembias* hingegen bezieht sich auf schlechte Wortwahl, Unangemessenheit des Iteminhalts in der jeweiligen Kulturgruppe und ungenaue Übersetzungen. Ein Itembias liegt dann vor, wenn Personen unterschiedlicher Gruppen mit dem gleichen Wert auf dem Konstrukt, nicht den gleichen erwarteten Wert auf dem Item haben. Zur Überprüfung des Itembias bieten sich Varianzanalysen mit dem Itemscore als AV und der Kultur oder Werteausprägungen als UV an oder die sog. Mantel-Haenszel-Prozedur (Van de Vijver & Hambleton, 1996). Dem Itembias wurde in unserer Studie mit standardisierten Vorwärts-Rückwärts-Übersetzungsprozeduren begegnet, die seine Wahrscheinlichkeit reduzieren. Trotzdem sollten die von unserer Arbeitsgruppe übersetzten Erhebungsinstrumente in weiteren Studien detaillierter sowohl auf die 3 Biasarten überprüft werden als auch auf allgemeine Item- und Testgütekriterien.

Bei den **Unterschiedsanalysen** bezüglich krankheitsrelevanter Faktoren und Behandlungsergebnisse muss beachtet werden, dass es sich um Mittelwertsvergleiche handelt. Dabei darf die Streuung nicht außer Acht gelassen werden, die heterogene Gruppen indiziert. Bei den türkischen Stichproben kann sich Heterogenität beispielsweise in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status, dem

Ausmaß an Akkulturation, den Ressourcen in unterschiedlichen Bereichen, der Religiosität, dem sozialen Umfeld, den Migrationsbelastungen, den Lernerfahrungen und der Persönlichkeit ergeben, um nur einige zu nennen. Über einzelne Personen sind aus diesem Grunde keine Aussagen möglich.

Mittels der **Regressionsanalysen** konnten Aussagen über die Prädiktionskraft krankheitsrelevanter Faktoren für den t1-Wert der Behandlungsergebnis-Indikatoren unter Abzug der Prädiktionskraft des t0-Wertes getroffen werden. Diese Vorgehensweise ist auf dem Hintergrund der oftmals starken Varianzaufklärung durch den t0-Wert und der Zusammenhänge zwischen Prädiktor und t0-Wert/ t1-Wert problematisch. Kritisch zu betrachten ist weiterhin die gemeinsame Aufnahme der einzelnen Skalen des jeweiligen Konstrukts in die Regressionsgleichung. Da diese Skalen nicht unabhängig voneinander sind, kann es durch Multikolarität zu Suppressionseffekten kommen, die wichtige Zusammenhänge verdecken können. Um diesen Problemen entgegenzukommen, wurden zusätzlich Regressionen jeder Skala jedes einzelnen Konstruktes auf jeden Behandlungsergebnis-Parameter gerechnet. Dabei wurde sowohl auf die Veränderung von Beginn zum Ende der Behandlung ( $\Delta t_0 t_1$ ) prädiziert, als auch auf den Zustand am Ende der Behandlung (t1) der jeweiligen Behandlungsergebnis-Parameter. Die Ergebnisse der Einzelregressionen befinden sich in Anhang 45. Außerdem wurde zusammenfassend dargestellt, wie viel Varianz die einzelnen Prädiktoren bei subjektiver Symptombelastung, subjektiver Lebensqualität, den KHK-spezifischen Behandlungsergebnis-Parametern und den Arzteinschätzungen aufklärten (siehe Anhang 46).

Bezüglich der **Veränderungswerte** ( $\Delta t_0 t_1$ ) sämtlicher Behandlungsergebnis-Parameter gab es in der Regel signifikante Varianzaufklärungen durch einzelne Prädiktoren, die in den psychiatrischen Gruppen meistens unter 10% lagen und in den KHK-Gruppen zwischen 10 und 20%. Für die Veränderungsmessung hatten die Konstrukte dementsprechend eine relativ schwache Prädiktionskraft (siehe Anhang 46). Bei Betrachtung der Vorzeichen der Regressionskoeffizienten fiel auf, dass manchmal hohe Ausprägungen auf behandlungshinderlichen (behandlungsförderlichen) Faktoren entgegengesetzt der Erwartungen mehr (weniger) Veränderung vorhersagten. Dies deutet auf unterschiedliche Veränderungen in Abhängigkeit vom t0-Wert hin. Es kann nämlich sein, dass Personen, denen es

bei t0 bereits sehr gut geht, weniger Verbesserungen aufweisen als Personen, die bei Aufnahme der Behandlung von einem niedrigeren Niveau aus starten. Am Ende der Behandlung (t1) könnten sich letztere Personen möglicherweise trotz stärkerer Veränderungen in einem schlechteren Zustand befinden. So zeigten beispielsweise türkische KHK-Patienten mit stark ausgeprägtem Glauben an einen chronischen Krankheitsverlauf mehr Veränderungen im EQ-5D von t0 nach t1 auf oder deutsche psychiatrische Patienten mit starker Ausprägung auf Resignation mehr Veränderungen der subjektiven Symptombelastung (siehe Anhang 45).

Die **Zustandswerte t1** der Behandlungsergebnis-Parameter wurden insgesamt stärker und häufiger als die Veränderungswerte signifikant von krankheitsrelevanten Faktoren prädiziert, was mit der größeren Unreliabilität von Differenzwerten zu tun haben könnte. Dabei klärte Neurotizismus in den beiden KHK-Gruppen und der deutschen psychiatrischen Gruppe mit 40- 60% den im Vergleich zu den anderen Prädiktoren größten Varianzanteil der subjektiven Symptombelastung (GSI/PST) auf. In der türkischen Gruppe mit psychiatrischen Diagnosen lag die Varianzaufklärung der subjektiven Symptombelastung durch Neurotizismus lediglich bei 20%. Bei der subjektiven Lebensqualität ergaben sich unterschiedliche Schwerpunkte bezüglich der wichtigsten Prädiktoren zwischen den Gruppen: So klärten in der türkischen KHK-Gruppe positive Selbstinstruktion (35%), Herunterspielen durch Vergleich mit anderen (39%), adaptive Stressverarbeitung (34%) und der Rentenwunsch (31%) den größten Varianzanteil des psychischen Wohlbefindens auf, während letzterer mit 44% außerdem am stärksten die mit dem EQ-5D gemessene Lebensqualität aufklärte. Für die umweltbezogene Lebensqualität stellte sich der Persönlichkeitsfaktor „Gewissenhaftigkeit“ mit einer Varianzaufklärung von 49% als am wichtigsten heraus, für die soziale Lebensqualität mit 59% die Extraversion. In der deutschen KHK-Gruppe hingegen klärten Neurotizismus (43%), Gewissenhaftigkeit (37%), Resignation (32%) und der Glaube an starke negative Krankheitskonsequenzen (31%) am stärksten die Varianz der Lebensqualität im psychischen Bereich auf, die Zufriedenheit mit der Unterstützung durch Freunde mit 27% am stärksten die soziale Lebensqualität und der Neurotizismus mit 26% am besten die umweltbezogene Lebensqualität. In der türkischen Gruppe mit psychiatrischen Diagnosen klärten Extraversion mit 36% und Gewissenhaftigkeit mit 34% am besten das psychische Wohlbefinden auf, alle anderen Lebensqualitätsbereiche wurden schwächer (d.h. <.20% Varianz-

aufklärung) durch die krankheitsrelevanten Faktoren prädiziert. Bei deutschen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen klärte ähnlich wie in der türkischen Gruppe mit psychiatrischen Diagnosen Extraversion mit 41% einen großen Varianzanteil der psychischen Lebensqualität auf, die jedoch durch Neurotizismus mit 54% am besten aufgeklärt wurde. Außerdem klärten die beiden Persönlichkeitsfaktoren mit etwa 30% das physische Wohlbefinden auf. Auch die Anzahl erlebter Belastungen waren mit 39% Varianzaufklärung ein wichtiger Prädiktor der psychischen Lebensqualität. Bezüglich der KHK-spezifischen Behandlungsergebnis-Parameter wurde in beiden Gruppen am häufigsten der Parameter „Risikofaktoren“ mit einer Varianzaufklärung von unter 20% prädiziert. Bei deutschen KHK-Patienten fiel die mit 79% starke Varianzaufklärung des Rentenwunsches für die körperliche Einschränkung durch Angina-Beschwerden auf, die vermutlich auf den sehr kleinen Stichprobenumfang von  $n = 7$  zurückzuführen ist, sodass eine Interpretation dieses Ergebnisses schwierig ist. Auch bei türkischen KHK-Patienten stellten der Rentenwunsch mit 33% Varianzaufklärung neben der Anzahl kritischer Lebensereignisse (33%) die wichtigsten Prädiktoren für die körperliche Einschränkung durch Angina dar. Die durch den Arzt eingeschätzte Einschränkung der KHK-Patienten wurde in beiden Gruppen lediglich von wenigen Prädiktoren unter 20% Varianzaufklärung prädiziert, wobei in der türkischen KHK-Gruppe die Reaktionskontrolle mit 19% am meisten Varianz aufklärte und in der deutschen KHK-Gruppe die Anzahl erlebter Belastungen mit 17%. Die Arzteinschätzungen der beiden Gruppen mit psychiatrischen Diagnosen wurden eher schlecht durch die Prädiktoren aufgeklärt, da in den meisten Fällen lediglich unter 10% der Varianz aufgeklärt werden konnte (siehe Anhang 46). Es lassen sich dementsprechend für jede Behandlungsergebnis-Indikatorgruppe besonders wichtige einzelne Prädiktoren darstellen. In einem weiteren Schritt bietet es sich an, die wichtigsten Prädiktoren jeder Gruppe im Rahmen schrittweiser Regressionen in die Gleichung aufzunehmen, um zu schauen, wie viel Varianzaufklärung der einzelnen Behandlungsergebnis-Parameter in den jeweiligen Gruppen maximal möglich ist. In Anbetracht der unterschiedlichen Ergebnisse zu Zustandswerten ( $t_1$ ) und Veränderungswerten ( $\Delta t_0 t_1$ ) wäre es angebracht, Maße zu entwickeln, die beide Funktionen beinhalten, um Behandlungsergebnisse genauer abbilden zu können. Zukünftige Studien sollten in diesem Zusammenhang mögli-

che Modellierungen der Operationalisierung von Behandlungsergebnis-Parametern untersuchen.

Im Rahmen der **pfadanalytischen Auswertungen** bietet es sich bezüglich des *Stressverarbeitungs-Mediator-Modells* an, sämtliche Facetten subjektiver Krankheitskonzepte mit adaptiver und maladaptiver Stressverarbeitung zu variieren. Weiterhin ist denkbar, die Mediatorfunktion einzelner Stressverarbeitungsstrategien zu überprüfen. Neben Neurotizismus und Extraversion kann auch Gewissenhaftigkeit als Persönlichkeitsfaktor in das Modell aufgenommen werden. Die Prädiktion der Stressverarbeitung durch Persönlichkeit ist problematisch, weil Stressverarbeitung zu Messzeitpunkt t0 erfasst wurde und Persönlichkeit zu Messzeitpunkt t1. Rein logisch dürften die Pfeile nicht von der Zukunft in die Vergangenheit reichen. Eine Rechtfertigung dieser Vorgehensweise über die Stabilität der Persönlichkeit während der Behandlung ist ungenügend, da durch die Therapie Veränderungen der Persönlichkeit oder Veränderungen der Selbstbeschreibung hinsichtlich wichtiger Persönlichkeitsfaktoren nicht ausgeschlossen werden können. Das oftmalige Fehlen direkter Effekte von Stressverarbeitung auf die Behandlungsergebnis-Indikatoren zu t1 ist vermutlich auf den mitaufgenommenen jeweiligen t0-Wert zurückzuführen, der in den meisten Fällen den t1-Wert am besten prädizierte. Um direkte Effekte der Stressverarbeitung auf die t1-Werte nachzuweisen, wäre eine Modellierung unter Weglassung des t0-Wertes erforderlich. Im Rahmen des Stressverarbeitungs-Mediator-Modells sind ferner wechselseitige Einflüsse zwischen Stressverarbeitung und subjektiven Krankheitsvorstellungen denkbar. So könnte z.B. maladaptive Stressverarbeitung über Gefühle der Hilflosigkeit oder ständiger Misserfolgserlebnisse förderlich auf pessimistische Krankheitsvorstellungen wirken, während adaptive Stressverarbeitung über die Steigerung der internalen Kontrollüberzeugung oder Selbstwirksamkeit Erhöhungen bezüglich des Glaubens an den persönlichen Einfluss auf die Erkrankung bewirken kann. Auch Effekte der Behandlungsergebnisse auf subjektive Krankheitskonzepte sind vorstellbar. Ein Behandlungserfolg kann in diesem Kontext zu einem gesteigerten Vertrauen in die Behandlungswirksamkeit beitragen. Um dies zu überprüfen, wäre eine zweite Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte am Ende der Behandlung erforderlich. Komplexere Modelle, in denen weitere Variablen wie z.B. Rentenwünsche oder der sozioökonomische



Status im Rahmen des Modells mituntersucht werden können, sollten mit größeren Stichproben überprüfbar gemacht werden.

Bezüglich des *Behandlungsmotivations-Mediator-Modells* sollte eine konkrete Erfassung der selbsteingeschätzten Behandlungsmotivation als Mediator eingesetzt werden, da die indirekte Selbsteinschätzung über die Änderungsmotivation keine Behandlungsmotivation misst. Die in dem Modell eingesetzten Fremdeinschätzungen bezüglich der Behandlungsmotivation als Mediator unterliegen möglicherweise stärkeren Verzerrungen, die Zusammenhänge zu Selbsteinschätzungsmaßen reduzieren. So konnte das Behandlungsmotivations-Mediator-Modell in der türkischen Gruppe mit psychiatrischen Diagnosen nicht bestätigt werden. Es sollten weitere mögliche Determinanten der Behandlungsmotivation und der Rentenwünsche in dem Modell Berücksichtigung finden, wie z.B. der sozioökonomische Status, der Beschäftigungsstatus, die Anzahl der arbeitsunfähigen Tage, die Dauer der Erkrankung und die Persönlichkeit. Im Rahmen des Modells sind außerdem Beeinflussungen der aktuellen Symptombelastung bei Aufnahme  $t_0$  auf die Behandlungsmotivation und die Rentenwünsche denkbar. In der Literatur wird in diesem Zusammenhang berichtet, dass ein starker Leidensdruck zu hoher Behandlungsmotivation beitragen kann, aber auch zu einem hohen Rentenwunsch.

Im Rahmen des *Stress-Modells* eignete sich die Anzahl kritischer Lebensereignisse in beiden psychiatrischen Gruppen selten als Mediator der Effekte von Persönlichkeit, Stressverarbeitung und sozialer Unterstützung auf die Behandlungsergebnis-Indikatoren. Dies könnte auf das alleinige Abfragen des Vorliegens dieser Ereignisse zurückzuführen sein, ohne auf den Belastungsgrad einzugehen. Interessant wäre in diesem Zusammenhang weiterhin zu überprüfen, welche spezifischen kritischen Lebensereignisse aus den Bereichen „Familie“, „Beruf“, „Gesundheit“ etc. überhaupt Effekte vermitteln und welche Ansatzpunkte sich daraus für die Behandlung ergeben. So könnte es sein, dass ganz bestimmte kritische Lebensereignisse eher durch soziale Unterstützung gedämpft werden, während andere eher durch adaptive Stressverarbeitung reduziert werden können und damit an negativen Einfluss auf die Behandlungsergebnis-Parameter verlieren. In einem weiteren Schritt sollte auch untersucht werden, ob ganz bestimmte Stressverarbeitungsstrategien oder Persönlichkeitskonstellationen einzelne kritische Lebensereignisse vorhersagen.

Ein ähnliches Vorgehen empfiehlt sich bezüglich migrationsassoziiierter Belastungen. Neben der Operationalisierung über das Leiden unter den Migrations(Belastungen) sollte zum einen eine Operationalisierung über die mittlere Zahl eingesetzt werden, zum anderen einzelne Migrationsbelastungen in ihrer Funktion als Mediator untersucht werden. So wäre in diesem Kontext denkbar, dass sich die Belastung „soziale Isolation“ besonders stark von extravertierten Persönlichkeitseigenschaften und einer hohen Zufriedenheit mit außerfamiliärer Unterstützung puffern lässt und darüber ihren schlechten Einfluss auf das Behandlungsergebnis verliert, während die Belastung „unerfüllte Erwartungen und Hoffnungen“ hingegen möglicherweise stärker über adaptive Stressverarbeitung in Form der positiven Selbstinstruktion oder der Ablenkung reduziert wird. Aus diesen differenzierten Analysen ließen sich schließlich empirisch fundierte detailliertere Vorschläge zur Behandlungsplanung und zu Behandlungsinhalten beim Vorliegen ganz bestimmter kritischer Lebensereignisse und migrationsassoziiierter Belastungen ableiten. Im Stress-Modell sollte außerdem überprüft werden, ob sich Effekte von sozialer Unterstützung über Stressverarbeitung auf die Behandlungsergebnisse zeigen. In diesem Zusammenhang wird hypothetisiert, dass eine starke soziale Unterstützung adaptive Stressverarbeitungsstrategien fördern könnte, z.B. über Modelllernen oder Instruktion. Effekte der Symptombelastung oder der subjektiven Lebensqualität bei Aufnahme der Behandlung  $t_0$  auf die Einschätzung des Leidens unter Migrations(Belastungen) sind ebenfalls denkbar und sollten überprüft werden. Es kann nämlich sein, dass ein besonders starker Leidensdruck in Bezug auf körperliche und psychische Symptome auf das Leiden bezüglich psychosozialer Bereiche generalisiert oder diese Einschätzungen negativ verzerrt. Zu bemängeln ist an dem Modell die Erfassung des Leidensdruckes unter Migrationsbelastungen am Ende der Behandlung  $t_1$ . Um Effekte des Gesundheitszustandes bei Aufnahme  $t_0$  auf die Einschätzung der Belastung durch Migrationsbelastungen zu erfassen, ist es erforderlich, das Leiden unter migrationsassoziierten Belastungen auch zum ersten Messzeitpunkt  $t_0$  zu erfassen, denn diese Einschätzung kann sich im Laufe der Therapie verändern. Bezüglich der Abfrage kritischer Lebensereignisse, die ebenfalls zum zweiten Messzeitpunkt  $t_1$  erfolgte, erscheint dieses Problem weniger gravierend zu sein, da kritische Lebensereignisse objektiver sind als Einschätzungen bezüglich des Leidens unter Belastungen. Trotzdem ist auch hier nicht auszuschließen, dass

bestimmte kritische Lebensereignisse, z.B. schwere Konflikte mit den Kindern oder dem Partner“ zu Beginn der Behandlung genannt werden würden, am Ende der Behandlung dem Patienten aber nicht als wirklich schwere Konflikte erschienen sind, weil er andere Bewertungsmaßstäbe anwendet oder sich seine depressive Wahrnehmung der Umgebung verflüchtigt hat.

Im Rahmen des *Akkulturations-Modells* sollte ebenso wie im Stress-Modell geschaut werden, ob eine hohe Akkulturation ganz spezielle migrationsassoziierte Belastungen besonders gut puffert und ob sich möglicherweise auch puffernde Effekte bezüglich einzelner kritischer Lebensereignisse ergeben. Der fehlende Einfluss der Akkulturation auf die Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung kann an fehlenden Zusammenhängen liegen. Denkbar ist, dass Akkulturation eher objektive Indikatoren sozialer Unterstützung prädiziert, wie z.B. das tatsächlich erlebte Ausmaß an emotionaler oder praktischer Unterstützung. Es liegt auch nahe anzunehmen, dass eine hohe Akkulturation große soziale Netzwerke begünstigt, die in Wechselwirkung mit der Akkulturation stehen, da die Akkulturation ja u. a. über Items wie „deutsche Freunde haben“ oder „sich eine Partnerschaft mit einem Deutschen vorstellen können“ erfasst wurde. Eine fehlende Beeinflussung der Stressverarbeitung durch Akkulturation liegt möglicherweise an der stark krankheitsorientierten Erfassung der Stressverarbeitung, die eher allgemeine Strategien impliziert, die nicht unbedingt auf eine hohe Akkulturation hinweisen müssen. Strategien, die mit einer hohen Akkulturation einhergehen sind vermutlich eher folgende: Informationssuche, sich fortbilden, Networking mit Einheimischen, sich kulturspezifisches Wissen aneignen, Anpassung, flexibles Verhalten. Abgesehen davon sollte in zukünftigen Studien überprüft werden, welche Determinanten Akkulturation besonders gut prädizieren. In der vorliegenden Arbeit korrelierte beispielsweise eine hohe Offenheit für Erfahrung und ein hoher Bildungsabschluss positiv mit der Akkulturation.

#### **4.3.5 Forschungswürdige Fragestellungen**

Folgende 4 Forschungsschwerpunkte sollten in Anbetracht der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit besondere Berücksichtigung bei zukünftigen Studien finden:

- 1.) Es sind Subgruppenanalysen erforderlich, um Risikogruppen in der Migrantenpopulation identifizieren zu können, die besonders anfällig für schlechte Behandlungsergebnisse sind. Möglicherweise verursachen bestimmte Kombinationen oder Konstellationen verschiedener Ausprägungen auf krankheitsrelevanten Faktoren Therapieresistenzen und/ oder eine mangelhafte Ansprechbarkeit auf bestimmte Behandlungsmaßnahmen in der medizinischen und psychosozialen Versorgung. Subgruppenanalysen sollten dabei folgende 4 Kriterien erfüllen, um eine adäquate Aussagekraft zu erreichen:
  - Die Subgruppenanalyse gehört zu einer adäquat durchgeführten, aussagekräftigen Studie.
  - Es sollen nur wenige Subgruppenanalysen durchgeführt werden und es sollte möglichst eine Korrektur für multiples Testen vorgenommen werden.
  - Es soll eine adäquate statistische Methodik (insbesondere Interaktionstests und kein alleiniges separates Auswerten der Subgruppen und Einzelvariablen) angewendet werden.
  - Die Subgruppen-bildende Variable sollte eine Baselinevariable sein (Janatzek, Arndt & Windeler, 2004).
  
- 2.) Zur Differenzierung kultur- und migrationsassoziierter Besonderheiten krankheitsrelevanter Faktoren ist es wünschenswert, zusätzlich zum Vergleich türkischer Patienten mit Migrationshintergrund in Deutschland mit deutschen Patienten ohne Migrationshintergrund, eine Gruppe von Personen türkischer Herkunft ohne Migrationshintergrund hinzuzunehmen, die in der Türkei lebt. Bei diesem Vergleichsansatz können sich jedoch auch Probleme ergeben, die eine methodische Herausforderung darstellen. So ist z.B. eine Parallelisierung nach Behandlungsort in einem Zwischenländer-Vergleich ohne Weiteres nicht möglich.
  
- 3.) Die Untersuchung von Interaktionen zwischen äußeren und inneren Faktoren im Hinblick auf Behandlungserfolge bei Personen mit Migrationshin-

tergrund erscheint im Hinblick auf die Komplexität der Thematik lohnenswert. So könnten z.B. äußere Hindernisse der Inanspruchnahme psychosozialer Angebote über die Beeinflussung krankheitsrelevanter internaler Faktoren Behandlungserfolge erschweren.

- 4.) Die aus der vorliegenden Arbeit abgeleiteten Vorschläge und flexiblen Handlungsansätze zur Entwicklung transkulturell kompetenter Versorgung sollten zum einen in konkrete Behandlungsangebote umgesetzt werden, zum anderen sollte ihre Effektivität im Rahmen von Interventionsstudien überprüft werden.

## 5. Literaturverzeichnis

- Abraham, R. (1999). Negative affectivity : moderator or confound in emotional dissonance-outcome relationships? *Journal of Psychology*, 133 (1), 61-72.
- Adler, Y., Rauchfleisch, U. & Müllejans, R. (1996). Die Bedeutung der Konzepte zu Krankheitsursachen und Behandlungserwartungen in der ersten Behandlungsphase. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 46, 321-326.
- Ahrens, S. & Elsner, H. (1981). Empirische Untersuchungen zum Krankheitskonzept bei neurotischen, psychosomatischen und somatischen Patienten. Teil I und II. *Medizinische Psychologie*, 7, 95-109/175-190.
- Akvardar, Y., Akdede, B.B., Özerdem, A., Eser, E., Topkaya, Ş. & Alptekin, K. (2006). Assessment of quality of life with the WHOQOL-BREF in a group of Turkish psychiatric patients compared with diabetic and healthy subjects. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60, 693-699.
- Albus, C., De Backer, G., Bages, N., Deter, H.-Ch., Herrmann-Lingen, C., Oldenburg, B., Sans, S., Schneiderman, N., Williams, R.B. & Orth-Gomer, K. (2005). Psychosoziale Faktoren bei koronarer Herzkrankheit- wissenschaftliche Evidenz und Empfehlungen für die klinische Praxis. *Gesundheitswesen*, 67, 1-8.
- Allik, J. & McCrae, R.R. (2004). Toward a geography of personality traits. Patterns of profiles across 36 cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 35 (1), 13-28.
- Amelang, M. & Bartussek, D. (1997). *Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Amirkhan, J. H., Risinger, R. T. & Swickert, R. J. (1995). Extraversion: a „hidden“ personality factor in coping? *Journal of Personality*, 63 (2), 189-212.
- Andrews, G., Tennant, C., Hewson, D. M., Vaillant, G. E. (1978). Life event stress, social support, coping style, and risk of psychological impairment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 166 (5), 307-316.
- Angel, R. & Thoits, P. (1987). The impact of culture on the cognitive structure of illness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 11 (4), 465-494.

- Angermeyer, M.C. (1998). "Zu viel Stress!" Vorstellungen von Patienten mit funktionellen Psychosen über die Ursachen ihrer Krankheit. In U. Flick (Hrsg.), *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit* (S. 230-240). Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Angermeyer, M.C., Kilian, R. & Matschinger, H. (2000). *WHOQOL. WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. Handbuch für die deutschsprachigen Versionen der WHO-Instrumente zur internationalen Erfassung von Lebensqualität*. Göttingen: Hogrefe.
- Apostolo, J. L., Viveiros, C. S., Nunes, H. I. & Domingues, H. R. (2007). Illness uncertainty and treatment motivation in type 2 diabetes patients. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15 (4), 575-582.
- Appels, A. (1996). Personality factors and coronary heart disease. In: K. Orth-Gomér & N. Schneiderman (eds.), *Behavioral medicine approaches to cardiovascular disease prevention* (pp. 149-159). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Arbuckle, J. L. (2005). *AMOS™ 6.0 user's guide*. Chicago: SPSS/ AMOS Development Corporation.
- Arends-Toth, J. & Van de Vijver, F. J. R. (2003). Multiculturalism and acculturation: views of Dutch and Turkish-Dutch. *European Journal of Social Psychology*, 33, 249-266.
- Arrindell, W.A., Hatzichristou C., Wensink, J., Rosenberg, E., van Twillert, B., Stedema, J. & Meijer, D. (1997). Dimensions of national culture as predictors of cross-national differences in subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 23, 37-53.
- Arslan, S. & Eroglu, S. (1993). Türkische Psychatriepatienten und ihre Angehörigen. In W. Köpp & R. Rohner (Hrsg.). *Das Fremde in uns, die Fremden bei uns. Ausländer in Psychotherapie und Beratung* (S. 67-74). Heidelberg: Roland Asanger Verlag.
- Asendorpf, J. B. & Wilpers, S. (1998). Personality effects on social relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1531-1544.
- Assion, H.-J., Dana, I. & Heinemann, F. (1999). Volksmedizinische Praktiken bei psychiatrischen Patienten türkischer Herkunft in Deutschland. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 67 (1), 12-20.

- Atabay, I. (1998). *Zwischen Tradition und Assimilation. Die zweite Generation türkischer Migranten in der Bundesrepublik*. Freiburg i. Br.: Lambertus Verlag.
- Atabay, I. & Mühlig-Versen, S. (2001). *Familienstrukturen und Erziehungsvorstellungen. Fortbildungsreihe "Türkische" Jungen. Namus ve Arkadaşlık der Landeshauptstadt München*. Sozialreferat Stadtjugendamt (S. 10-12).
- Ataca, B & Berry, J. W. (2002). Psychological, sociocultural, and marital adaptation of Turkish immigrant couples in Canada. *International Journal of Psychology*, 3 (1), 13-26.
- Azahr, M. & Varma, S. L. (1995). Religious psychotherapy in depressive patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 63, 165-168.
- Azahr, M., Varma, S. L. & Dharap, A. S. (1994). Religious psychotherapy in anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 1-3.
- Bäärnhielm, S. & Ekblad, S. (2000). Turkish migrant women encountering health care in stockholm: a qualitative study of somatization and illness meaning. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 24 (4), 431-452.
- Bagby, R. M., Bindseil, K. D., Schuller, D. R., Rector, N. A., Young, L. T., Cooke, R. G., Seeman, M. V., McGay, E. A. & Joffe, R. T. (1997). Relationship between the five-factor model of personality and unipolar, bipolar and schizophrenic patients. *Psychiatry Research*, 70 (2), 83-94.
- Bagby, R.M., Joffe, R.T., Parker, D.A., Kalembe, V. & Harkness, K.L. (1995). Major depression and the five-factor model of personality. *Journal of Personality Disorders*, 9, 224-234.
- Bagby, R. M., Young, L. T., Schuller, D. R., Bindseil, K. D., Cooke, R. G., Dickens, S. E., Levitt, A. J. & Joffe, R. T. (1996). Bipolar disorder, unipolar depression and the Five- Factor Model of personality. *Journal of Affective Disorders*, 41 (1), 25-32.
- Balog, P., Janszky, I., Leinweber, C., Blom, M., Wamala, S.P. & Orth-Gomér, K. (2003). Depressive symptoms in relation to marital and work stress in women with and without coronary heart disease. The Stockholm Female Coronary Risk Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 113-119.



- Bakker, C. B. (1967). Psychological factors in angina pectoris. *Psychosomatics*, 8 (1), 43-49.
- Barrett, P. (2007). Structural equation modeling: adjudging model fit. *Personality and Individual Differences*, 42, 815-824.
- Barsky, A.J., Goodson, J.D., Lane, R.S. & Cleary, P.D. (1988). The amplification of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 50 (5), 510-519.
- Barsky, A.J., Wyshak, G. & Klerman, G. L. (1990). The somatosensory amplification scale and its relationship to hypochondriasis. *Journal of Psychiatric Research*, 24 (4), 323-334.
- Baş, M., Altan, T., Dinçer, D., Aran, E., Gülper Kaya, H. & Yüksek, O. (2005). Determination of dietary habits as a risk factor of cardiovascular heart disease in Turkish adolescents. *European Journal of Nutrition*, 44 (3), 174-182.
- Baumann, L. J., Cameron, L. D., Zimmermann, R. S. & Leventhal H. (1989). Illness representations and matching labels with symptoms. *Health Psychology*, 8 (4), 449-469.
- Bazzoui, W. (1970). Affective disorders in Iraq. *British Journal of Psychiatry*, 117 (537), 195-203.
- Bebbington, P. (1993). Transcultural aspects of affective disorders. *International Review of Psychiatry*, 5, 145-156.
- Beck, A. & Hoffmann, K. (1977). Ausländische Patienten im Zentrum für Psychiatrie in Reichenau. In: K. Hoffmann & W. Machleidt (Hrsg.), *Psychiatrie im Kulturvergleich* (S. 345-363). Berlin: VWB.
- Becker, A. (1986). Life events as predisposing and precipitating factors for mental disorders: some psychological considerations. In H. Katschnig (Eds.), *Life events and psychiatric disorders: controversial issues* (pp.63-73). Cambridge: Cambridge University Press.
- Becker, H. (1984). Die Bedeutung der subjektiven Krankheitstheorie des Patienten für die Arzt-Patienten-Beziehung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 34 (12), 313-321.
- Becker, N, Højsted, J., Sjøgren, P. & Eriksen, J. (1998). Sociodemographic predictors of treatment outcome in chronic non-malignant pain patients. Do patients receiving or applying for disability pension benefit from multidisciplinary pain treatment? *Pain*, 77 (3), 279-287.

- Becker, S. A., Wunderer, E. & Schultz-Gambard, J. (1998). *Muslimische Patienten. Ein Leitfaden zur interkulturellen Verständigung in Krankenhaus und Praxis*. Germering/ München: W. Zuckschwerdt Verlag GmbH.
- Begiç, D. (1991). Life events in the onset and exacerbation of schizophrenic psychosis. *Socijalna Psihijetrija*, 19 (1), 9-15.
- Belsher, G. & Costello, C. G. (1988). Relapse after recovery from unipolar depression: a critical review. *Psychological Bulletin*, 104 (1), 84-96.
- Bengi-Arslan, L., Verhulst, F. C. & Crijnen, A. A. M. (2002). Prevalence and determinants of minor psychiatric disorder in Turkish immigrants living in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37 (3), 118-124.
- Bentall, R. P., Powell, P., Nye, F.J. & Edwards, R.H.T. (2002). Predictors of response to treatment for chronic fatigue syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 181, 248-252.
- Bentler, P.M. (2007). On tests and indices for evaluating structural models. *Personality and Individual Differences*, 42, 825-829.
- Ben-Zur, H., Rappaport, B. Ammar, R. & Uretzky, G. (2000). Coping strategies, life style changes and pessimism after open-heart surgery. *Health and Social Work*, 25, 3, 201-210.
- Berg, G. (1998). Subjektive Krankheitskonzepte - eine kommunikative Voraussetzung für die Arzt- Patientin- Interaktion. In: M. David, T. Borde & H. Kentenich (Hrsg.), *Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle* (S. 81-94). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Berkman, L. F. & Orth-Gomér, K. (1996). Prevention of cardiovascular morbidity and mortality: role of social relations. In K. Orth-Gomér & N. Schneiderman (Eds.), *Behavioral medicine approaches to cardiovascular disease prevention* (pp. 51-67). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bermejo, I. & Muthny, F.-A. (2006). Lientheorien zu Krebs und Migration in Europa. Ein transkultureller Vergleich zwischen Deutschen und Spaniern. *Nervenheilkunde*, 25, 372-379.
- Berry, J. W. (1992). Acculturation and adaptation in a new society. *International Migration*, 30, 69-86.
- Berry, J. W. (1997). Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied Psychology. An International Review*, 46 (1), 5-68.

- Berry, J. W., Kim, U., Minde T. & Mok, D. (1987). Comparative studies of acculturative stress. *International Migration Review*, 21 (3), 491-511.
- Berry, J. W. & Sam, D. L. (1997). Acculturation and adaptation. In J.W. Berry, M.H. Segall & C.C. Kagitcibasi (Eds.), *Handbook of cross-cultural psychology, Vol. 3, Social behavior and applications* (pp. 291-326). Boston: Allyn & Bacon.
- Bertelsmann Stiftung (2003). *Bertelsmann Transformation Index 2003. Auf dem Weg zur marktwirtschaftlichen Demokratie*. Retrieved January 14, 2008 from [http://bti2003.bertelsmann-transformationindex.de/fileadmin/pdf/laendergutachten/naher\\_osten\\_nordafrika/Tuerkei.pdf](http://bti2003.bertelsmann-transformationindex.de/fileadmin/pdf/laendergutachten/naher_osten_nordafrika/Tuerkei.pdf)
- Bhugra, D. (2003). Migration and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108 (Supl. 418), 67-72.
- Bhugra, D. (2004). Migration and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (4), 243-258.
- Bhugra, D. (2005). Cultural identities and cultural congruency: a new model for evaluating mental distress in immigrants. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111 (2), 84-93.
- Bhugra, D. & Becker, M.A. (2005). Migration, cultural bereavement and cultural identity. *World Psychiatry*, 4 (1), 18-24.
- Biefang, S., Gerdes, N., Hoeltz, J. & Potthoff, P. (1990). Prädiktoren der Frühberentung und gezielte Zuweisung zur medizinischen Rehabilitation. *Sozial- und Präventivmedizin*, 35 (3), 129-137.
- Biering-Sørensen, F., Lund, J., Høydalsmo, O. J., Darre, E. M., Deis, A., Kryger, P. & Müller, C. F. (1999). Risk indicators of disability pension. A 15 year follow-up study. *Danish Medical Bulletin*, 46 (3), 258-262.
- Bilgin, Y., Koch, E. & Springfield, A. (2003). *Medizinische Rehabilitation und Migration am Beispiel der Türken in Deutschland. Gesunde Integration*. Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003 in Berlin. Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit. Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration.
- Billings, A. G. & Moos, R. H. (1984). Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (4), 877-891.

- Biondi, M. & Picardi, A. (1996). Clinical and biological aspects of bereavement and loss-induced depression: a reappraisal. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65 (5), 229-245.
- Bishop, G.D. (1991). Understanding the understanding of illness: Lay disease representations. In: J. A. Skelton & R.T. Croyle (eds.), *Mental representation in health and illness* (pp.32-59). New York: Springer-Verlag.
- Bishop, G. D. & Converse, S. A. (1986). Illness representations: a prototype approach. *Health Psychology*, 5 (2), 95-114.
- Blanke, J. (1995). Wahnthemen bei in Deutschland lebenden Türken. In E. Koch, M. Özek & W. M. Pfeiffer (Hrsg.), *Psychologie und Pathologie der Migration. Deutsch-türkische Perspektiven* (S. 232-237). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Bobak, M., Hense, H.-W., Kark, J., Kuch, B., Vojtisek, P., Sinnreich, R., Gostomzyk, J., Bui, M., von Eckardstein, A., Junker, R., Fobker, M., Schulte, H., Assmann, G. & Marmot, M. (1999). An ecological study of determinants of coronary heart disease rates: a comparison of Czech, Bavarian and Israeli men. *International Journal of Epidemiology*, 28 (3), 437-444.
- Bock, Th. & Junck, A. (1991) Die subjektive Wahrnehmung psychotischen Geschehens. Krankheitskonzepte von Patienten, Angehörigen, Therapeuten im Vergleich. *Psychiatrische Praxis*, 18 (2), 59-63.
- Bodley, J.H. (1994). *Cultural anthropology: tribes, states, and the global system*. Mountain View. Calif.: Mayfield Pub. Co.
- Bolger, N. & Schilling, E. A. (1991). Personality and the problems of everyday life: the role of neuroticism in exposure and reactivity to daily stressors. *Journal of Personality*, 59 (3), 355-386.
- Bolger, N. & Zuckerman, A. (1995). A framework for studying personality in the stress process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (5), 890-902.
- Bonaguidi, F., Michelassi, C., Trivella, M. G., Carpeggiani, C. & L'Abbate, A. (1997). Hierarchical structure of personality in patients with acute myocardial infarction. *Psychological Reports*, 81 (1), 175-186.
- Bongard, S., Pogge, S.F., Arslaner, H., Rohrmann, S. & Hodapp, V. (2002). Acculturation and cardiovascular reactivity of second-generation

- Turkish migrants in Germany. *Journal of Psychosomatic Research*, 53 (3), 795-803.
- Borde, T. & David, M. (2004). Informationsbedarf und Realität der Aufklärung von Patientinnen mit Migrationshintergrund. In R. Geene & A. Halkow (Hrsg.), *Armut und Gesundheit. Strategien der Gesundheitsförderung* (S. 168-174). Frankfurt: M.- Mabuse-Verlag.
  - Borkenau, P. & Ostendorf, F. (1993). *NEO- Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI) nach Costa und McCrae (Handanweisung)*. Göttingen: Hogrefe.
  - Bortz, J. (1993). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. 4. Auflage. Berlin: Springer-Verlag.
  - Bosworth, H. B., Hays, J. C., George, L. K. & Steffens, D. C. (2002). Psychosocial and clinical predictors of unipolar depression outcome in older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17 (3), 238-246.
  - Bowling, A. (1994). Beliefs about illness causation among Turkish and white British people living in a deprived inner London district. *Health Education Research*, 9 (3), 355-364.
  - Boyacioglu, G. & Karanci, A. N. (1992). The relationship of employment status, social support, and life events with depressive symptomatology among married Turkish women. *International Journal of Psychology*, 27 (1), 61-71.
  - Brähler, E. & Decker, O. (2004). *Rechtsextreme Einstellungen in Deutschland*. Retrieved January 15, 2008 from [http://medpsy.uniklinikum-leipzig.de/pdf/rechtsextremismus\\_230605.pdf](http://medpsy.uniklinikum-leipzig.de/pdf/rechtsextremismus_230605.pdf)
  - Branje, S. J. T., van Lieshout, C. F. M. & van Aken, M. A. G. (2004). Relations between Big Five personality characteristics and perceived support in adolescents` families. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86 (4), 615-628.
  - Boyle, S.H., Williams, R.B., Mark, D.B., Brummett, B.H., Siegler, I.C., Helms, M.J. & Barefoot, J.C. (2004). Hostility as a predictor of survival in patients with coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, 66, 629-632.
  - Bridges, K. W. & Goldberg D. P. (1985). Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*, 29 (6), 563-569.

- Brodsky, C. M. (1984). Sociocultural and interactional influences on somatization. *Psychosomatics*, 25 (9), 673-680.
- Brown, C., Dunbar-Jacob, J., Palenchar, D.R., Kelleher, K.J., Bruehlman, R.D., Sereika, S. & Thase, M.E. (2001). Primary care patients' personal illness models for depression: a preliminary investigation. *Family Practice*, 18 (3), 314 – 320.
- Brugha, T. S., Bebbington, P.E., MacCarthy, B., Sturt, E., Wykes, T. & Potter, J. (1990). Gender, social support and recovery from depressive disorders: a prospective clinical study. *Psychological Medicine*, 20 (1), 147-156.
- Brzank, P., Hellbernd, H. & Maschewsky-Schneider, U. (2004). Häusliche Gewalt gegen Frauen: Gesundheitsfolgen und Versorgungsbedarf- Ergebnisse einer Befragung von Erst-Hilfe-Patientinnen im Rahmen der S.I.G.N.A.L.-Begleitforschung. *Gesundheitswesen*, 66, 164-169.
- Bundesministerium des Inneren & Bundesministerium der Justiz (2001). *Erster periodischer Sicherheitsbericht*. Berlin: Bundesministerium des Inneren und Bundesministerium der Justiz.
- Burgess, A.P., Carretero, M., Elkington, A., Pasqual-Marsettin, E., Lobaccaro, C. & Catalán, J. (2000). The role of personality, coping style and social support in health-related quality of life in HIV infection. *Quality of Life Research*, 9 (4), 423-437.
- Cantor-Graae, E. & Selten, J.P. (2005). Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *American Journal of Psychiatry*, 162 (1), 12-24.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health*. New York: Behavioral Publications.
- Carney, R. M., Freedland, K. E. & Sheps, D.S. (2004). Depression is a risk factor for mortality in coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*, 66, 799-801.
- Carr, J. L. & Moffett, J.A.K. (2005). The impact of social deprivation on chronic back pain outcomes. *Chronic Illness*, 1, 121-129.
- Çerçi, F. (2003). Jugendliche türkischer Herkunft zwischen Möchtegern-Integration und Rückzug. *Kinder- und Jugendarzt* 34, (12).
- Çetingök, M., Chu, C.-C. & Park, D.-B. (1990). The effect of culture on the sex differences in schizophrenia. *The International Journal of Social Psychiatry*, 36 (4), 272-279.

- Chapman, B.P., Duberstein, P.R. & Lyness, J.M. (2007). The distressed personality type: replicability and general health associations. *European Journal of Personality*, 21, 911-929.
- Chesney, M. A. (1996). New behavioral risk factors for coronary heart disease: implications for intervention. In K. Orth-Gomér & N. Schneiderman (eds.), *Behavioral medicine approaches to cardiovascular disease prevention* (pp. 169-182). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Chou, C.-Y. & Brauer, D. J. (2005). Temperament and satisfaction with health status among persons with rheumatoid arthritis. *Clinical Nurse Specialist*, 19, (2), 94-100.
- Chovan, M.J. & Chovan, W. (1985). Stressful events and coping responses among older adults in two sociocultural groups. *Journal of Psychology*, 119 (3), 253-260.
- Christensen, A.J., Turner, C.W., Slaughter, J.R. & Holman, J. M. (1989) Perceived family support as a moderator of psychological well-being in end-stage renal disease. *Journal of Behavioral Medicine*, 12 (3), 249-265.
- Cindik, E. D. (2007). Medizinische Versorgung von Migrantinnen. Besondere Gegebenheiten. *Psychoneuro*, 33 (5), 174-176.
- Claußen, A. (2005). Alles anders? Wider den "kategorischen Irrtum". Interkulturelle Kompetenz in der gemeindepsychiatrischen Versorgung. Migration und seelische Gesundheit. *Soziale Psychiatrie*, 29 (4), 8-11.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cochrane, R. & Bal, S. S. (1987). Migration and schizophrenia: an examination of five hypotheses. *Social Psychiatry*, 22 (4), 181-191.
- Coelho, V. L. D., Strauss, M. & Jenkins, J. H. (1998). Expression of symptomatic distress by Puerto Rican and Euro-American patients with depression and schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186 (8), 477-483.
- Cohen, S. & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98 (2), 310-357.
- Collatz, J. (1998). Kernprobleme des Krankseins in der Migration- Versorgungsstruktur und ethnozentrische Fixiertheit im Gesundheitswesen. In M. David, T. Borde & H. Kentenich (Hrsg.), *Migration und Gesundheit. Zu-*

*standsbeschreibung und Zukunftsmodelle* (S. 33-58). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

- Connor-Smith, J.K., & Compas, B.E. (2002). Vulnerability to social stress: Coping as a mediator or moderator of sociotropy and symptoms of anxiety and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 26 (1), 39-55.
- Contrada, R. J., Ashmore, R. D., Gary, M. L., Coups, E., Egeth, J. D., Sewell, A., Ewell, K., Goyal, T.M & Chasse, V. (2001). Measures of ethnicity-related stress: Psychometric properties, ethnic group differences, and associations with well-being. *Journal of Applied Social Psychology*, 31, 1775-1820.
- Conway, K., Uzun, V., Spertus, J., Fletcher, A. & Sagnier, P. (1998). Cross-cultural adaptation of the Seattle Angina Questionnaire (SAQ) in 11 countries. *Quality of Life Research*, 7 (7), 581.
- Corti, M.-C., Guralnik, J.M., Ferrucci, L., Izmirlian, G., Leveille, S.G., Pahor, M., Cohen, H. J., Pieper, C. & Havlik, R.J. (1999). Evidence for a black-white crossover in all-cause and coronary heart disease mortality in an older population: the North Carolina EPESE. *American Journal of Public Health*, 89 (3), 308-314.
- Costa, P. T., McCrae, R. R. & Jónsson, F. H. (2002). Validity and utility of the revised NEO personality inventory: examples from europe. In B. de Raad & M. Perugini (eds.), *Big Five Assessment* (pp. 61-77). Seattle: Hogrefe & Huber Publishers.
- Costa, P. T., Terracciano, A. & McCrae, R. R. (2001). Gender differences in personality traits across cultures: robust and surprising findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81 (2), 322-331.
- Cox, A. D. (1993), Befriending young mothers. *British Journal of Psychiatry*, 163, 6-18.
- Craney, J. M., Mandle, C.L., Munro, B.H. & Rankin, S. (1997). Implantable cardioverter defibrillators: physical and psychosocial outcome. *American Journal of Critical Care*, 6 (6), 445-451.
- Cribbie, R. A. & Jamieson, J. (2004). *Decreases in posttest variance and the measurement of change*. *Methods of Psychological Research Online*, 9 (1). Retrieved January 5, 2006 from <http://www.mpr-online.de>.



- Criteria Committee of the New York Heart Association (1994). *Nomenclature and criteria for diagnosis of diseases of the heart and great vessels* (9<sup>th</sup> ed). Boston, Mass: Little, Brown & Co.
- Cronkite, R. C. & Moos, R. H. (1995). Life context, coping processes, and depression. In E. E. Beckham & W. R. Leber (eds.), *Handbook of depression* (pp. 569-587) (2 ed.). New York: Guilford Press.
- Curran, P.J., West, S. G. & Finch, J.F. (1996). The robustness of test statistics to nonnormality and specification error in confirmatory factor analysis. *Psychological Methods*, 1 (1), 16-29.
- Dağ, I. (2000). Belirti tarama listesi (SCL-90-R). `nin tanitimi. In Ö. Aydemir & E. Köroğlu (eds), *Belirti tarama listesi (SCL-90-R). Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler* (pp.33-40). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Dağ , I. (1991). Belirti tarama listesi (SCL-90-R) `nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2 (1), 5-12.
- Daryani, A., Berglund, L., Andersson, Å., Kocturk, T., Becker, W. & Vessby, B. (2005). Risk factors for coronary heart disease among immigrant women from Iran and Turkey, compared to women of Swedish ethnicity. *Ethnicity & Disease*, 15 (2), 213-220.
- David, J. P. & Suls, J. (1999). Coping efforts in daily life: role of Big Five traits and problem appraisals. *Journal of Personality*, 67 (2), 265-294.
- David, M. (2001). *Aspekte der gynäkologischen Betreuung und Versorgung von türkischen Migrantinnen in Deutschland*. Habilitationsschrift zur Erlangung der Lehrbefähigung für das Fach Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Medizinische Fakultät Charité der Humboldt-Universität zu Berlin. Retrieved April, 27, 2007 from <http://edoc.hu-berlin.de/habilitationen/david-matthias-2001-10-02/PDF/David.pdf> .
- David, M., Borde, T. & Kentenich, H. (2002a). Warum bin ich krank? Subjektive Krankheitsursachen- Vorstellungen türkischstämmiger und deutscher Patienten im Vergleich. In M. v. Dankwart, G. Hertel & S. Büring (Hrsg.), *Störungsspezifische Konzepte und Behandlung in der Psychosomatik* (S. 274-280). Frankfurt: VAS- Verlag für Akademische Schriften.
- David, M., Borde, T. & Kentenich, H. (2002b). Die psychische Belastung von Migrantinnen im Vergleich zu einheimischen Frauen- der Einfluss von

- Ethnizität, Migrationsstatus und Akkulturationsgrad. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 62 (Suppl. 1), 37-44.
- De Fruyt, F. & Denollet, J. (2002). Type D personality : A five-factor model perspective. *Psychology and Health*, 17, 671-683.
  - De Jong, G. M., van Sonderen, E. & Emmelkamp, P. M. G. (1999). A comprehensive model of stress. The roles of experienced stress and neuroticism in explaining the stress-distress relationship. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 290-298.
  - Denollet, J. (1997). Personality, emotional distress and coronary heart disease. *European Journal of Personality*, 11 (5), 343-357.
  - Denollet, J. (1998). Personality and coronary heart disease: The type-D scale-16 (DS16). *Annals of Behavioral Medicine*, 20, 209-215.
  - Denollet, J., Pedersen, S.S., Vrints, C.J. & Conrads, V.M. (2006). Usefulness of Type D personality in predicting five-year cardiac events above and beyond concurrent symptoms of stress in patients with coronary heart disease. *American Journal of Cardiology*, 97, 970-973.
  - Diamantopoulos. A. & Winklhofer, H. M. (2001). Index construction with formative indicators: an alternative to scale development. *Journal of Marketing Research*, XXXVIII, 269-277.
  - Diefenbach, M.A. & Leventhal, H. (1996). The common- sense model of illness representation: theoretical and practical considerations. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 5 (1), 11-38.
  - Diefenbacher, A. & Heim, G. (1994). Somatic symptoms in Turkish and German depressed patients. *Psychosomatic Medicine*, 56 (6), 551-556.
  - Diehl, J. M. & Arbinger, R. (1992). *Einführung in die Inferenzstatistik* (2. Auflage). Frankfurt am Main: Verlag Dietmar Klotz.
  - Diehl, J. M. & Staufenbiel, T. (2001). *Statistik mit SPSS. Version 10.0*. Frankfurt am Main: Verlag Dietmar Klotz.
  - Dimitrov, D. M. & Rumrill, P. D. (2003). Pretest-posttest designs and measurement of change. *Work*, 20, 159-165.
  - Dörner, U. (2004). *Die Bedeutung von Krankheitsverarbeitungsprozessen für den Rehabilitationserfolg kardiologischer Patienten*. Inaugural-Dissertation zur Erlangung des doctor rerum medicinalium der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Retrieved

January, 29, 2008 from [http://miami.uni-muenster.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-1687/Dissertation\\_Udo\\_Doerner.pdf](http://miami.uni-muenster.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-1687/Dissertation_Udo_Doerner.pdf)

- Dowson, C. A., Town, G. I., Frampton, C. & Mulder, R. T. (2004). Psychopathology and illness beliefs influence COPD self-management. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 333-340.
- Draguns, J. G. & Tanaka-Matsumi, J. (2003). Assessment of psychopathology across and within cultures: issues and findings. *Behaviour Research and Therapy*, 41 (7), 755-776.
- Dressler, W.W., Balieiro, M.C. & Dos Santos, J.E. (1997). The cultural construction of social support in Brazil: associations with health outcomes. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 21 (3), 303-335.
- Dressler, W.W., Mata, A., Chavez, A., Viteri, F. E. & Gallagher, P. (1986). Social support and arterial pressure in a central Mexican community. *Psychosomatic Medicine*, 48 (5), 338-350.
- Dreyer-Tümmel, A., Langer, G., Zimmermann, M. & Behrens, J. (2004). Frühberentete ohne Rehabilitation: Arbeitslosigkeit und un stetige Erwerbsverläufe als Erklärungsgrößen? In Verband deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), 13. *Rehabilitationwissenschaftliches Kolloquium. DRV-Schriften* (Bd. 52) (S. 321-32). Frankfurt am Main.
- Drieschner K. H., Lammers, S. M. M. & van der Staak, C. P. F. (2004). Treatment motivation: an attempt for clarification of an ambiguous concept. *Clinical Psychology Review*, 23 (8s), 1115-1137
- Duddu, V., Chaturvedi, S.K. & Isaac, M.K. (2003). Amplification and attribution styles in somatoform and depressive disorders – a study from Bangalore, India. *Psychopathology*, 36 (2), 98-103.
- Dündar, P., Fidaner, C., Fidaner, H., Oral, A., Eser, S., Atman, U.C. & Pala, T. (2002). Comparing the Turkish versions of WHOQOL-BREF and SF-36. *Hippokratia*, 6 (1), 37-43.
- Dunbar, S.B., Jenkins, L.S., Hwathorne, M., Kimble, L.P., Dudley, W.N., Slemmons, M. & Purcell, J.A. (1999). Factors associated with outcomes 3 months after implantable cardioverter defibrillator insertion. *Heart and Lung*, 28 (5), 303-315.

- Eaker, E.D., Sullivan, L.M., Kelly-Hayes, M., D'Agostino, R.B. & Benjamin, E.J. (2007). Marital status, marital strain, and risk of coronary heart disease or total mortality: the Framingham Offspring Study. *Psychosomatic Medicine*, 69, 509-513.
- Eberding, A. & von Schlippe, A. (2000). Cigaretten rauchen- Meine Leber brennt. *Systema*, 14, 282-292.
- Eberding, A. & von Schlippe, A. (2001). Konzepte der multikulturellen Beratung und Behandlung von Migranten. In P. Marschalck & K. H. Wiedl (Hrsg.), *Migration und Krankheit* (S. 261-282). Osnabrück: Universitätsverlag Rasch.
- Ebert, D. & Martus, P. (1994). Somatization as a core symptom of melancholic type depression. Evidence from a cross-cultural study. *Journal of Affective Disorders*, 32 (4), 253-256.
- Ebner, G. (2005). Häusliche Gewalt. Hintergründe und Interventionsmöglichkeiten aus psychiatrischer, gesellschaftlicher und rechtlicher Sicht mit besonderer Berücksichtigung von Familien in der Migration. *Psychiatrie*, 1, 16-23.
- Echtheld, M. A., van Elderen, T. M. T. & van der Kamp, L. J. Th. (2001). How goal disturbance, coping and chest pain relate to quality of life: a study among patients waiting for PTCA. *Quality of Life Research*, 10, 487-501.
- Edén, L., Ejlertsson, G., Lamberger, B., Leden, I., Nordbeck, B. & Sundgren, P. (1994). Immigration and socio-economy as predictors of early retirement pensions. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 22 (3), 187-193.
- Eker, D. & Arkar, H. (1995). Perceived social support: psychometric properties of the MSPSS in normal and pathological groups in a developing country. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30 (3), 121-126.
- Eker, D., Arkar, H. & Yaldiz, H. (2000). Generality of support sources and psychometric properties of a scale of perceived social support in Turkey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 228-233.
- El-Islam, M. F. (1969). Depression and guilt: a study at an Arab psychiatric clinic. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 4 (2), 56-58.

- Enders, C. K. (2002). Applying the Bollen-Stine-bootstrap for goodness-of-fit measures to structural equation models with missing data. *Multivariate Behavioral Research*, 73 (3), 359-377.
- Enders, C. K. (2005). An SAS macro for implementing the modified Bollen-Stine bootstrap for missing data: implementing the bootstrap using existing structural equation modeling software. *Structural Equation Modeling*, 12 (4), 620-641.
- Endler, N. S. & Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (5), 844-854.
- Erdfelder, E., Faul, F., Buchner, A. (1996) GPOWER: A general power analysis program. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 28 (1), 1-11.
- Erdmann, G. & Janke, W. (2005). *Stressverarbeitung*. Retrieved March, 24, 2006 from <D:\SVF\Manual\Kapitel0\0Strverarbeitung-50425.wpd>.
- Erim, Y. & Senf, W. (2002). Psychotherapie mit Migranten. Interkulturelle Aspekte in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 47, 336-346.
- Eser (1985). *Symptomrepräsentation und Krankheitsverhalten bei türkischen und deutschen Patienten*. Unveröffentlichte medizinische Dissertation, Münster.
- Eskin, M. (1995). Suicidal behavior as related to social support and assertiveness among Swedish and Turkish high school students: a cross-cultural investigation. *Journal of Clinical Psychology*, 51 (2), 158-172.
- EuroQoL Group (1990). EuroQoL- a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16 (3), 199-208.
- Evers, A. W. M., Kraaimaat, F. W., Geenen, R., Jacobs, J. W. G. & Bijlsma, J. W. J. (2003). Stress-vulnerability factors as long-term predictors of disease activity in early rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research*, 55 (4), 293-302.
- Ezquiaga, E., García, A., Pallarés, T. & Bravo, M.F. (1999). Psychosocial predictors of outcome in major depression: a prospective 12-month study. *Journal of Affective Disorders*, 52 (1-3), 209-216.

- Fabian, A. & Becker, T. (2001). Psychosoziale Faktoren bei depressiven Erkrankungen. Pathogenese-Modell und Interventionsansätze. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 69, 1-9.
- Faller, H. (1989). Subjektive Krankheitstheorie des Herzinfarktes. In C. Bischoff & H. Zenz (Hrsg.), *Patientenkonzepte von Körper und Krankheit* (S. 49-59). Bern: Verlag Hans Huber.
- Faller, H. (1997). Subjektive Krankheitstheorien bei Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 45, 264-278.
- Faller, H. (1998). Somatisierung, Krankheitsattribution und Public Health. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 46, 193-214.
- Faller, H., Lang, H. & Schilling, S. (1994). Subjektive Krankheitstheorie und Krankheitsverarbeitung bei Hirntumorpatienten. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 44, 207 – 214.
- Faltermaier, T. (2001). Migration und Gesundheit: Fragen und Konzepte aus einer salutogenetischen und gesundheitspsychologischen Perspektive. In P. Marschalck & K. H. Wiedl (Hrsg.), *Migration und Krankheit* (S. 93-112). Osnabrück: Universitätsverlag Rasch.
- Fernandez, M. E., Mutran, E. J. & Reitz D. C. (1998). Moderating the effects of stress on depressive symptoms. *Research on Aging*, 20 (2), 163-182.
- Fidaner, H., Elbi, H., Fidaner, C., Eser, S. Y., Eser, E. & Göker, E. (1999). WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF in psikometrik özellikleri. *Dergisi*, 7 (2), 23-40.
- Filipp, S.-H. (1981). *Kritische Lebensereignisse*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Filipp, S.-H. (2002). *Ereignisliste*. Forschungsprojekt "Familie im Wandel", Universität Trier.
- Filipp, S.-H. & Aymanns, P. (1997). Subjektive Krankheitstheorien. Subjektive Theorien als Forschungsgegenstand: Forschungsprogrammatische und ideengeschichtliche Aspekte. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 3-21). Göttingen: Hogrefe.

- Fişek, G. O. (2001). Cultural context. Migration and health risks- a multi-level analysis. In P. Marschalck & K. H. Wiedl (Hrsg.), *Migration und Krankheit* (S.113-122). Osnabrück: Universitätsverlag Rasch.
- Flick, U. (1998). Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Überblick und Einleitung. In U. Flick (Hrsg.), *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit* (S. 7-30). München: Juventa Verlag.
- Fontana, A. F., Kerns, R. D., Rosenberg, R. L. & Colonese, K. L. (1989). Support, stress, and recovery from coronary heart disease: a longitudinal causal model. *Health Psychology, 8* (2), 175-193.
- Fortune, G., Barrowclough, C. & Lobban, F. (2004) Illness representations in depression. *British Journal of Clinical Psychology, 43*, 347-364.
- Franke, G.H. (1997). Erste Studien zur Güte des Brief Symptom Inventory (BSI). *Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 6*, 159-166.
- Franke, G.H. (2000). *Brief Symptom Inventory von Derogatis. (Kurzform der SCL-90-R)*. Göttingen: Hogrefe.
- Franz, M., Meyer, T., Reber, T. & Gallhofer, B. (2000). The importance of social comparisons for high levels of subjective quality of life in chronic schizophrenic patients. *Quality of Life Research 9*, 481-489.
- Franz, M., Schellberg, D. & Schepank H. (1993). Epidemiologische Befunde zur Ätiologie psychogener Erkrankungen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse, 39*, 375-386.
- Franz, M., Schiessl, N., Manz, R., Fellhauer, R., Schepank, H. & Tress, W. (1990). Zur Problematik der Psychotherapiemotivation und der Psychotherapieakzeptanz. Erste Ergebnisse aus der Mannheimer Interventionsstudie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 40* (9-10), 369-374.
- Freyne, A., Fahy, S., McAleer, A., Keogh, F. & Wrigley, M. (2005). A longitudinal study of depression in old age: outcome and relationship to social networks. *Irish Journal of Psychological Medicine, 22* (3), 87-93.
- Friedmann, E., Thomas, S.A., Liu, F., Morton, P.G., Chapa, D. & Gottlieb, S.S. (2006). Relationship of depression, anxiety, and social isolation to chronic heart failure outpatient mortality. *American Heart Journal, 152* (5), 940.e1-940.e8.

- Friedman, H. S. & Booth-Kewley, S. (1987). Personality, type A behaviour, and coronary heart disease: the role of emotional expression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53 (4), 783-792.
- Frommer, J., Jüttemann-Lembke, A., Stratkötter, A. & Tress, W. (1995). Persönlichkeitsstruktur und subjektive Krankheitsvorstellungen neurotisch Depressiver. Qualitativer Vergleich von 11 Einzelfallanalysen psychotherapeutischer Erstgespräche. *Nervenarzt*, 66, 521-531.
- Furnham, A. & Chan, E. (2004). Lay theories of schizophrenia. A cross-cultural comparison of British and Hong Kong Chinese attitudes, attributions and beliefs. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39 (7), 543-552.
- Furnham, A. & Malik, R. (1994). Cross-cultural beliefs about "depression". *International Journal of Social Psychiatry*, 40 (2), 106-123.
- Furnham, A. & Murao, M. (2000). A cross-cultural comparison of British and Japanese lay theories of schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry*, 46 (1), 4-20.
- Furukawa, T., Hori, S., Yoshida, A., Tsuji, M., Nakanishi, M. & Hamanaka, T. (1998). Premorbid personality traits of patients with organic (ICD-10 F0), schizophrenic (F2), mood (F3), and neurotic (F4) disorders according to the five-factor model of personality. *Psychiatry Research*, 78 (3), 179-187.
- Gaab, J., Bunschoten, S. L., Sprott, H. & Ehler, U. (2004). *Psychometric evaluation of a German translation of the illness Perception Questionnaire*. Paper presented at the 62. Annual Scientific Meeting of the American Psychosomatic Society (APS), Orlando, USA.
- Gadd, M., Sundquist, J., Johansson, S.-E. & Wändell, P. (2005). Do immigrants have an increased prevalence of unhealthy behaviours and risk factors for coronary heart disease? *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 12 (6), 535-541.
- Gailly, A. (1997). Turkish immigrants in Belgium. In I. Al-Issa & M. Tousignant (eds.), *Ethnicity, immigrants and psychopathology* (pp- 147-165). New York: Plenum Press.
- Gaitanides, S. (2001). Zugangsbarrieren von Migrant(inn)en zu den sozialen und psychosozialen Diensten und Strategien interkultureller Öffnung. In G. Auernheimer (Hrsg.). *Migration als Herausforderung für pädagogi-*



*sche Institutionen. Interkulturelle Studien. Band 7* (S. 181-194). Opladen: Leske und Budrich.

- Garcia, C. (1994). *Pathoplasitk: ein Problem der Psychiatrie der Migration*. (nicht publiziert)
- Garcia, L., Valdes, M., Jodar, I. Riesco, N. & de Flores, T. (1994). Psychological factors and vulnerability to psychiatric morbidity after myocardial infarction. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 61, 187-194.
- Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures*. New York: Basic Books.
- Geisheim, C., Hahlweg, K., Fiegenbaum, W., Frank, M., Schröder, B. & von Witzleben, I. (2002). Das Brief Symptom Inventory (BSI) als Instrument zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Diagnostica*, 48 (1), 28-36.
- Gençöz, T. & Dinç Y. (2006). Moderator role of perfectionism between negative life events and depressive symptoms among Turkish youth. *International Journal of Social Psychiatry*, 52 (4), 332-342.
- Gerdes, N. & Jäckel, W.H. (1995). Hinweise auf Bewertungsinstrumente zur Qualitätssicherung in der Rehabilitation. Der IRES-Fragebogen für Klinik und Forschung. *Rehabilitation*, 34, XIII-XXIV.
- Gerin, W., Milner, D., Chawla, S. & Pickering, T. G. (1995). Social support as a moderator of cardiovascular reactivity in women: a test of the direct effects and buffering hypotheses. *Psychosomatic Medicine*, 57 (1), 16-22.
- German, A. (1972). Aspects of clinical psychiatry in Sub-Saharan Africa. *British Journal of Psychiatry*, 121 (564), 461-479.
- Ginzburg, K., Solomon, Z. & Bleich, A. (2002). Repressive coping style, acute stress disorder, and posttraumatic stress disorder after myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, 64 (5), 748-757.
- Glazer, K.M., Emery, C.F., Frid, D.J. & Banyasz, R.E. (2002). Psychological predictors of adherence and outcomes among patients in cardiac rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 22, 40-46.
- Glier, B., Tietz, G. & Rodewig, K. (2001). Stationäre psychosomatische Rehabilitation für Migranten aus der Türkei. In M. David, T. Borde & H. Kantenich (Hrsg.), *Migration und Gesundheit* (S. 189-198). Frankfurt: Mabuse-Verlag.

- Goffin, R. D. (2007). Assessing the adequacy of structural equation models: golden rules and editorial policies. *Personality and Individual Differences*, 42, 831-839.
- Goldberg, L.R. (1981). Language and individual differences: the search for universals in personality lexicons. *Review of Personality and Social Psychology*, 2, 141-165.
- González, C. A. & Griffith, E.E.H. (2005). Culture and the diagnosis of somatoform and dissociative disorders. In J.E. Mezzich, A. Kleinman, H. Fabrega & D. L. Parron (Eds.), *Culture and psychiatric diagnosis. A DSM-IV perspective* (pp. 137-149). Washington: American Psychiatric Press.
- Grant, S. & Langan-Fox, J. (2007). Personality and the occupational stressor-strain relationship : the role of the Big Five. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12 (1), 20-33.
- Grube, M. (2004). Ethnisch-nationale Zugehörigkeit und Aggressivität-"Matched-pair"-Untersuchung an einer akutpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation. *Psychiatrische Praxis*, 31, 11-15.
- Gülgöz, S. (2002). Five-Factor Model and the NEO-PI-R in Turkey. In R.R. McCrae & J. Allik (Eds.), *The Five-Factor Model of personality across cultures* (pp. 175-196). New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.
- Günay, E. & Haag, A. (1990). Krankheit in der Emigration. Eine Studie an türkischen Patientinnen in der Allgemeinpraxis aus psychosomatischer Sicht. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 40, 417-422.
- Gunthert, K. C., Cohen, L. H. & Armeli, S. (1999). The role of neuroticism in daily stress and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77 (5), 1087-1100.
- Haasen, C., Blätter, A., Yagdiran, O. & Reimer, J. (2006). Subjektive Krankheitsursachen bei Patienten mit einer psychotischen Erkrankung. Ein Vergleich zwischen türkischen und deutschen Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 33, 30-33.
- Haasen, C., Boyali, A., Yagdiran, O. & Krausz, M. (2000). Prävalenz psychischer Störungen bei Migranten in einer Allgemeinarztpraxis. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 76, 512-516.

- Haasen, C., Lambert, M., Yagdiran, O. & Krausz, M. (1997). Psychiatric disorders among migrants in Germany: prevalence in a psychiatric clinic and implications for services and research. *European Psychiatry*, 12, 305-310.
- Haasen, C., Kraft, M., Yagdiran, O., Maß, R., Lambert, M., Müller-Thomsen, T. & Krausz, M. (1999). Auswirkungen von Sprachproblemen in der stationären Behandlung von Migranten. *Krankenhauspsychiatrie*, 10, 91-95.
- Haasen, C., Levit, O., Gelbert, A., Foroutan, N., Norovjav, A., Sinaa, M. & Demiralay, C. (2007). Zusammenhang zwischen psychischer Befindlichkeit und Akkulturation bei Migranten. *Psychiatrische Praxis*, 34, 339-342.
- Haasen, C., Yagdiran, O. & Maß, R. (2000). Differenzen zwischen der psychopathologischen Evaluation in deutscher und türkischer Sprache bei türkischen Migranten. *Nervenarzt*, 71 (11), 901-905.
- Haasen, C., Yagdiran, O., Mass, R. & Krausz M. (2001). Schizophrenic disorders among Turkish migrants in Germany. *Psychopathology*, 34 (4), 203-208.
- Habra, M.E., Linden, W., Anderson, J.C. & Weinberg, J. (2003). Type D personality is related to cardiovascular and neuroendocrine reactivity to acute stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 235-245.
- Häfner, H., Moschel, G. & Özek, M. (1977). Psychische Störungen bei türkischen Gastarbeitern. Eine prospektiv-epidemiologische Studie zur Untersuchung der Reaktion auf Einwanderung und partielle Anpassung. *Nervenarzt*, 48, 268-275.
- Hafen, K., Jastrebow, J., Nübling, K. & Bengel, J. (2001). Entwicklung eines Patientenfragebogens zur Erfassung der Reha-Motivation (PAREMO). *Rehabilitation*, 40, 3-11.
- Hagger, M. S. & Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and Health*, 18 (2), 141-184.
- Halm, D. & Sauer, M. (2006). *Parallelgesellschaft und ethnische Schichtung. Zur empirischen Bedeutung unterschiedlicher Konzepte des Zusammenlebens von Deutschen und Türken*. Retrieved, January, 15, 2008 from <http://www.parallelgesellschaft.de/berichte/vortrag-halm.pdf>

- Haltenhof, H., Krakow, K., Zöfel, P., Ulm, G. & Bühler, K.-E. (2000). Krankheitsverarbeitung bei Morbus Parkinson. *Nervenarzt*, 71 (4), 275-281.
- Hamaad, A., Ghattas, A., Hirani, F., Lip, G.Y.H. & MacFadyen, R.J. (2006). Sudden death is less common than might be expected in underprivileged ethnic minorities at high cardiovascular risk. *International Journal of Cardiology*, 107 (2), 235-240.
- Hambleton, R. K. & Patsula L. (1999) *Increasing the validity of adapted tests: myths to be avoided and guidelines for improving test adaption practices*. Retrieved March, 11, 2004 from <http://www.testpublishers.org/journal01.htm>.
- Han, S. W., McColl, E., Barton, J. R., James, P., Steen, J. N., Welfare, M. R. (2005). Predictors of quality of life in ulcerative colitis. The importance of symptoms and illness representations. *Inflammatory Bowel Diseases*, 11 (1), 24-34.
- Handschuck, S. & Khanide M. (2001). *Interkulturelle Verständigung. Fortbildungsreihe "Türkische" Jungen*. *Namus ve Arkadaşlık der Landeshauptstadt München* (pp. 5-9). Sozialreferat Stadtjugendamt.
- Hartkamp, N., Koch, E., Schouler-Ocak, M., Schepker, R. & Wolfersdorf, M. (2004). *Migranten in psychiatrischen Krankenhäusern*. Arbeitsgruppe Psychiatrie und Migration der Bundeskonferenz der Ärztlichen Leiter(innen) deutscher Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (Bundesdirektorenkonferenz). Postersitzung, DGPPN 2004, 24.11.- 27.11.
- Hayden, E. P. & Klein, D. N. (2001). Outcome of dysthymic disorder at 5-year follow-up: the effect of familial psychopathology, early adversity, personality, comorbidity and chronic stress. *American Journal of Psychiatry*, 158 (11), 1864-1870.
- Hayduk, L., Cummings, G., Boadu, K., Pazderka-Robinson, H. & Boulianne, S. (2007). Testing! testing! one, two, three- Testing the theory in structural equation models! *Personality and Individual Differences*, 42, 841-850.
- Hayek-Ouassini, F. (2005). *Somatoforme Störungen- am Beispiel der in Deutschland lebenden türkischen Bevölkerung*. Diplomarbeit zur Diplomprüfung am Fachbereich Psychologie der Philipps-Universität Marburg.

- Heady, B. & Wearing, A. (1989). Personality, life events, and subjective well-being: toward a dynamic equilibrium model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57 (4), 731-739.
- Heerlein, A., Richter, P., Gonzales, M. & Santander, J. (1998). Personality patterns and outcome in depressive and bipolar disorders. *Psychopathology*, 31 (1), 15-22.
- Heerlein, A., Santander, J. & Richter, P. (1996). Premorbid personality aspects in mood and schizophrenic disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 37 (6), 430-434.
- Heijmans, M. J. W. M. (1998). Coping and adaptive outcome in chronic fatigue syndrome: importance of illness cognitions. *Journal of Psychosomatic Research*, 45 (1), 39-51.
- Heijmans, M. & de Ridder, D. (1998). Assessing illness representations of chronic illness: explorations of their disease-specific nature. *Journal of Behavioral Medicine*, 21 (5), 485-503.
- Heim, T. (2004). Missverständnisse – nicht nur durch die Sprache. Probleme bei der hausärztlichen Versorgung von Migranten. *Fortschritte der Medizin*, 22, 4-6.
- Heitmeyer, W., Müller, J. & Schröder, H. (1997). *Verlockender Fundamentalismus. Türkische Jugendliche in Deutschland*. Suhrkamp Verlag: Frankfurt am Main.
- Hills, H. & Norvell, N. (1991). An examination of hardiness and neuroticism as potential moderators of stress outcome. *Behavioral Medicine: An Interdisciplinary Journal of Research and Practice*, 17 (1), 31-38.
- Hilsenroth, M.J., Ackerman, S.J., Blagys, M.D., Baumann, B.D., Baity, M.R., Smith, S.R., Price, J.L., Smith, C.L., Heindselman, T.L., Mount, M.K. & Holdwick, D.J. (2000). Reliability and validity of DSM-IV axis V. *American Journal of Psychiatry*, 157 (11), 1858-1863.
- Höfer, S., Benzer, W., Schüßler, G., von Steinbüchel, N. & Oldridge, N.B. (2003). Health-related quality of life in patients with coronary artery disease treated for angina: validity and reliability of German translations of two specific questionnaires. *Quality of Life Research*, 12, 199-212.
- Hoffmann-Richter, U. (2002). Macht Migration krank? SUVA. *Medizinische Mitteilungen*, 73, 64-77.

- Hofstede, G. J. (1997a). *Cultures and organizations: software of the mind*. New York: McGraw-Hill USA.
- Hofstede, G. J. (1997b). *Lokales Denken- globales Handeln. Kulturen, Zusammenarbeit und Management*. München: Beck.
- Hofstede, G. & McCrae, R.R. (2004). Personality and culture revisited: linking traits and dimensions of culture. *Cross-Cultural Research*, 38 (1), 52-88.
- Holahan, C. J. & Moos, R. H. (1991). Life stressors, personal and social resources, and depression: a 4-year structural model. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (1), 31-38.
- Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K. & Brennan, P. L. (1995). Social support, coping, and depressive symptoms in a late-middle-aged sample of patients reporting cardiac illness. *Health Psychology*, 14 (2), 152-163.
- Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K., Brennan, P. L. & Schutte, K. K. (2005). Stress generation, avoidance coping, and depressive symptoms: a 10-year model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (4), 658-666.
- Holzmann, T. H., Volk, S., Georgi, K. & Pflug, B. (1994). Ausländische Patienten in stationärer Behandlung in einer psychiatrischen Universitätsklinik mit Versorgungsauftrag. *Psychiatrische Praxis*, 21 (3), 106-108.
- Hooker, K., Frazier, L. D. & Monahan, D. J. (1994). Personality and coping among caregivers of spouses with dementia. *The Gerontologist*, 34 (3), 386-392.
- Hoppe, U.C., Böhm, M., Dietz, R., Hanrath, P., Kroemer, H.K., Osterspey, A., Schmaltz, A.A. & Erdmann, E. (2005). Leitlinien zur Therapie der chronischen Herzinsuffizienz. *Zeitschrift für Kardiologie*, 94, 488-509.
- Hortaçsu, N, Kalaycioğlu, S. & Rittersberger-Tiliç (2003). Intrafamily aggression in Turkey: Frequency, instigation, and acceptance. *The Journal of Social Psychology*, 143 (2), 163-184.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, Mass: Addison-Wesley.
- House, J. S: (2001). Social isolation kills, but how and why? *Psychosomatic Medicine*, 63, 273-274.

- House, J. S., Umberson, D. & Landis, K. R. (1988). Structures and processes of social support. *Annual Review of Sociology*, 14, 293-318.
- Hox, J. J. & Bechger, T.M. (1998). An introduction to structural equation modeling. *Family Science Review*, 11, 354-373.
- Hoyle, R. H. (1995). *Structural equation modeling. Concepts, issues and applications*. Thousands Oaks: SAGE Publications.
- Huang, C. D., Church, A. T. & Katigbak, M. S. (1997). Identifying cultural differences in items and traits. Differential item functioning in the NEO personality inventory. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 28 (2), 192-218.
- Huber, M. (2000). Aspekte der Berufsunfähigkeit bei psychosomatischen Erkrankungen. *Versicherungsmedizin*, 52 (2), 66-75.
- Hughes, C.C. (2005). The culture-bound syndromes and psychiatric diagnosis. In J.E. Mezzich, A. Kleinman, H. Fabrega & D. L. Parron (Eds.), *Culture and psychiatric diagnosis. A DSM-IV perspective* (pp. 289-307). Washington: American Psychiatric Press.
- Ickes, W., Snyder, M. & Garcia, S. (1997). Personality influences on the choice of situations. In: R. Hogan, J. Johnson & S. Briggs (Eds.), *Handbook of personality psychology* (pp.165-195). San Diego: Academic Press.
- Ilkilić, I. (2007). Medizinethische Aspekte im Umgang mit muslimischen Patienten. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 132, 1587-1590.
- Isaac, M., Janca, A. & Orley, J. (1996). Somatization- a culture-bound or universal syndrome? *Journal of Mental Health*, 5 (3), 219-222.
- Ising, M., Weyers, P., Janke, W. & Erdmann, G. (2001). Die Gütekriterien des SVF78 von Janke und Erdmann, einer Kurzform des SVF120. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 22 (4), 279-289.
- Jacquez, F., Cole, D.A. & Searle, B. (2004). Self-perceived competence as a mediator between maternal feedback and depressive symptoms in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32 (4), 355-367.
- Jamieson, J. (1999). Dealing with baseline differences: two principles and two dilemmas. *International Journal of Psychophysiology*, 31, 155-161.
- Janatzek, S., Arndt, C. & Windeler, J. (2004). *G-2 Gutachten: Aussagekraft von Subgruppenanalysen*. Fachbereich Evidenz-basierte Medizin. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. Re-

rieved February 26, 2008 from <http://www.mds-ev.de/download/subgruppen-gutachten.pdf>

- Janke W., Erdmann G. & Kallus W. (2002). *Stressverarbeitungsfragebogen SVF120 und 78*. (3. erw. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Jenkins, J. H. (1988). Conceptions of schizophrenia as a problem of nerves: a cross-cultural comparison of Mexican-Americans and Anglo-Americans. *Social Science & Medicine*, 26 (12), 1233-1243.
- Jenkinson, C. M., Madeley, R. J., Mitchell, J. R. A. & Turner, I. D. (1993). The influence of psychosocial factors on survival after myocardial infarction. *Public Health*, 107, 305-317.
- Jerusalem, M. (1994). Stress und Stressbewältigung: Wie Ressourcen das Denken und Handeln verändern. In: R. Schwarzer & M. Jerusalem (Hrsg.). *Gesellschaftlicher Umbruch als kritisches Lebensereignis. Psychosoziale Krisenbewältigung von Übersiedlern und Ostdeutschen* (S. 125-151). Weinheim: Juventa.
- Jerusalem, M. & Schwarzer, R. (1989). Anxiety and self-concept as antecedents of stress and coping: a longitudinal study with German and Turkish Adolescents. *Personality and Individual Differences*, 10 (7), 785-792.
- Jobanputra, R. & Furnham, A. (2005). British Gujarati Indian immigrants' and British Caucasians' beliefs about health and illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 51 (4), 350-364.
- Jöreskog, K. G. (1993). Testing structural equation models. In K. A. Bollen & J. S. Long (Eds.). *Testing structural equation models* (pp. 294-317). Newbury Park: Sage Publications.
- Johnson, S. L., Meyer, B., Winett, C. & Small, J. (2000). Social support and self-esteem predict changes in bipolar depression but not mania. *Journal of Affective Disorders*, 58, 79-86.
- Johnson, J. H. & Sarason, I. G. (1979). Moderator variables in life stress research. In I. G. Sarason & C. D. Spielberger (Eds.), *Stress and anxiety* (pp. 151-167) (Volume 6). Washington, D.C.: Hemisphere.
- Joiner, T. E. (1997). Shyness and low social support as interactive diatheses, with loneliness as mediator: testing an interpersonal-personality view of vulnerability to depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 106 (3), 386-394.



- Jones, S.H., Thornicroft, G., Coffey, M. & Dunn, G. (1995). A brief mental health outcome scale-reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *The British Journal of Psychiatry*, 166 (5), 654-659.
- Kadmon, I., Woloski-Wruble, A., Yongqin, J., Wan-Min, Q. & DeKeyser, F. (2004). Social support as experienced by Chinese and Israeli husbands of women with breast cancer: a comparative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 8 (2), 131-137.
- Kagitcibasi, C. (1970). Social norms and authoritarianism: a Turkish-American comparison. *Journal of Personality and Social Psychology*, 16 (3), 444-451.
- Kapfhammer, H.P. (2001). Somatisierung- somatoforme Störungen- Ätiopathogenetische Modelle. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 69, 58-77.
- Kara, M. & Mirici, A. (2004). Loneliness, depression, and social support of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease and their spouses. *Journal of Nursing Scholarship*, 36 (4), 331-336.
- Karatepe, H. (1995). *Sexualstörungen bei Migranten. Vergleichende Beobachtungen türkischer und deutscher Männer in der Bundesrepublik Deutschland*. Vortrag auf der Fachtagung Migrantenmedizin in Hessen am 6.5.1995 im Irissaal des Frankfurter Palmengartens. Frankfurt. Kultur im Dritten e.V.. Retrieved January 15, 2008 from [http://www.karatepe.de/pdf link/InformationVortrageMigrantenmedizinSexstorerungenBeiMigrangen.pdf](http://www.karatepe.de/pdf_link/InformationVortrageMigrantenmedizinSexstorerungenBeiMigrangen.pdf)
- Karatepe, H. (2004). Türken mit Sex-Problemen erfolgreich behandeln. *Medical Tribune* 39 (6).
- Karpansalo, M., Kauhanen, J., Lakka, T.A., Manninen, P., Kaplan, G.A. & Salonen, J.T. (2005). Depression and early retirement: prospective population based study in middle aged men. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59 (1), 70-74.
- Karpansalo, M., Manninen, P., Kauhanen, J., Lakka, T.A. & Salonen, J.T. (2004). Perceived health as a predictor of early retirement. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 30 (4), 287-292.
- Kauderer-Hübel, M., Zenz, H., Buchwalsky, R., Bruch, L. (1989). Der Zusammenhang zwischen dem subjektiven Krankheitsbild von Herzinfarktpa-

tienten mit Gesundheitsverhalten und Berufsaufnahme. In C. Bischoff & H. Zenz (Hrsg.), *Patientenkonzepte von Körper und Krankheit* (S. 60-74). Bern: Verlag Hans Huber.

- Kecskes, R. (2003). Ethnische Homogenität in sozialen Netzwerken türkischer Jugendlicher. *Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie*, 1, 68-84.
- Keijsers, G.P.J., Hoogduin, C.A.L. & Schaap, C.P.D.R. (1994). Predictors of treatment outcome in the behavioural treatment of obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 165, 781-786.
- Keleş, I., Onat, A., Toprak, S., Avci, G.Ş. & Sansoy, V. (2003). Family income as strong predictor of coronary heart disease events but not of overall deaths among Turkish adults: a 12-year prospective study. *Preventive Medicine*, 37, 171-176.
- Kellner, R. (1990). Somatization. Theories and research. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178 (3), 150-160.
- Kendler, K.S., Hettema, J.M. & Butera, F. (2003). Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment, and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety. *Archives of General Psychiatry*, 60, 789-796.
- Kent, G. & Wahass, S. (1996). The content and characteristics of auditory hallucinations in Saudi Arabia and the UK: a cross-cultural comparison. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94 (6), 433-437.
- Kessler, R.C., Kendler, K.S., Heath, A., Neale, M.C. & Eaves, L.J. (1992). Social support, depressed mood, and adjustment to stress: a genetic epidemiologic investigation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62 (2), 257-272.
- Khavarpour F. & Rissel, C. (1997). Mental Health status of Iranian migrants in Sydney. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31 (6), 828-834.
- Kilcher, A. & Spiess, R. (2003). Die hausärztliche Betreuung von Migranten/ -innen mit chronischem Schmerzsyndrom. *Schweizerische Ärztezeitung*, 84 (10), 452- 459.
- Kilian, R., Bernert, S., Matschinger, H., Mory, C., Roick, C. & Angermeyer, M. C. (2001). Die standardisierte Erfassung des Behandlungs- und Unter-

stützungsbedarfs bei schweren psychischen Erkrankungen. Entwicklung und Erprobung der deutschsprachigen Version des Camberwell Assessment of Need-EU. *Psychiatrische Praxis*, 28 (Sonderheft 2), S79-S83.

- Kim, K., Hwu, H., Zhang, L.D., Lu, M.K., Park, K.K., Hwang, T.-J., Kim, D. & Park, Y.-C. (2001). Schizophrenic delusions in Seoul, Shanghai and Taipei: A transcultural study. *Journal of Korean Medical Science*, 16 (1), 88-94.
- Kim, K.-I., Li, D., Jiang, Z., Cui, X. J., Lin, L., Kang, J. J., Park, K. K., Chung, E. K. & Kim, C. K. (1993). Schizophrenic delusions among Koreans, Korean-Chinese and Chinese: A transcultural study. *The International Journal of Social Psychiatry*, 39 (3), 190-199.
- Kirkcaldy, B., Wittig, U., Furnham, A., Merbach, M. & Siefen, R. G. (2006). Migration und Gesundheit. Psychosoziale Determinanten. *Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz*, 49, 873-883.
- Kirmayer, L. J., Dao, T. H. T. & Smith, A. (1998). Somatization and psychologization. Understanding cultural idioms of distress. In S. Okpaku (ed.), *Clinical methods in transcultural psychiatry* (pp. 233-265). Washington: American Psychiatric Press.
- Kirmayer, L. J. & Robbins, J. M. (1991). Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence and sociodemographic characteristics. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179 (11), 647-655.
- Kirmayer, L. J. & Young, A. (1998). Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. *Psychosomatic Medicine*, 60 (4), 420-430.
- Kirmayer, L.J., Young, A. & Robbins, J.M. (1994). Symptom attribution in cultural perspective. *Canadian Journal of Psychiatry*, 39 (10), 584-595.
- Kizilhan, J. (2001). *Erfahrungen mit Migranten türkischer Herkunft in der Michael – Balint – Klinik*. Retrieved April, 27, 2007 from [http://www.michael-balint-klinik.de/pdf/mbk\\_mig\\_erf.pdf](http://www.michael-balint-klinik.de/pdf/mbk_mig_erf.pdf).
- Klein, C. & Albani, C. (2007). Religiosität und psychische Gesundheit. Eine Übersicht über Befunde, Erklärungsansätze und Konsequenzen für die klinische Praxis. *Psychiatrische Praxis*, 34, e2-e12.
- Kleinman, A. M. (1977). Depression, somatization and the "new cross-cultural psychiatry". *Social Science and Medicine*, 11 (1), 3-10.

- Kleinman, A. & Kleinman, J. (1985). Somatization: The interconnections in Chinese society among culture, depressive experience, and the meanings of pain. A study in Chinese society. In A. Kleinman & B. Good (Eds.), *Culture and Depression* (pp. 132-167). Berkeley: University of California Press.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling*. (2 th Edition). New York: The Guilford Press.
- Koch, E. (2000). Zur aktuellen psychiatrischen und psychosozialen Versorgung von Minoritäten in Deutschland- Ergebnisse einer Umfrage. In E. Koch, R. Schepker & S. Taneli (Hrsg.), *Psychosoziale Versorgung in der Migrationsgesellschaft. Deutsch-Türkische Perspektiven* (S. 55-67). Freiburg: Lambertus.
- Koch, E. (2002). Transkulturelle Ansätze in der Psychiatrie: Aufbau einer Station für interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie. In Ch. Dettmers, N.J. Albrecht & C. Weiler (Hrsg.), *Gesundheit – Migration - Krankheit. Sozialmedizinische Probleme und Aufgaben in der Nervenheilkunde* (S. 173-187). Bad Honnef: Hippocampus.
- Koch, E. (2005). Chronifizierung durch Fehlversorgung. Psychosomatische Krankheiten in der psychiatrischen und hausärztlichen Versorgung türkischer Patienten. *Soziale Psychiatrie*, 4, 20-23.
- Koch, E. & Müller, M. J. (2007). Migranten leiden lieber somatisch. Psychische Erkrankungen werden oft verneint. *Fortschritte der Medizin*, 42, 30-32.
- Köpp, W. & Rohner, R. (1993). Psychogene Störungen bei ausländischen Patienten. In W. Köpp & R. Rohner (Hrsg.), *Das Fremde in uns, die Fremden bei uns. Ausländer in Psychotherapie und Beratung* (S. 54-66). Heidelberg: Roland Asanger Verlag.
- Körner, A., Geyer, M. & Brähler, E. (2002). Das NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI). Validierung anhand einer deutschen Bevölkerungsstichprobe. *Diagnostica*, 48 (1), 19-27.
- Kohlmann, C.-W. (2003). Gesundheitsrelevante Persönlichkeitsmerkmale. In M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention* (S. 39-55). Hogrefe: Göttingen.

- Kongar, E. (1989). Familienstrukturen in der Türkei. *Zeitschrift für Türkei-studien*, 2 (1), 115-126.
- Kotic, A. (2004). Acculturation strategies, coping process and acculturative stress. *Scandinavian Journal of Psychology*, 45 (4), 269-278.
- Krantz, S. E. & Moos, R. H. (1988). Risk factors at intake predict nonremission among depressed patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (6), 863-869.
- Kroeber, A. L. & Kluckhohn, C. (1952). *Culture. A Critical Review of Concepts and Definitions*. New York.
- Kröner-Herwig, B. (1999). Chronischer Schmerz- Eine Gegenstandsbestimmung. In: H. D. Basler, C. Franz, B. Kröner-Herwig, Rehfisch, H. P. & Seemann, H. (Hrsg.). *Psychologische Schmerztherapie. Grundlagen. Diagnostik. Krankheitsbilder. Behandlung*. (S. 3-21). 4. korrigierte und erweiterte Auflage. Berlin: Springer Verlag.
- Kronmüller, K.-T., Backenstraß, M., Reck, C., Kraus, A., Fiedler, P. & Mundt, C. (2002). Einfluss von Persönlichkeitsfaktoren und –struktur auf den Verlauf der Major Depression. *Nervenarzt*, 73, 255-261.
- Kubzansky, L. D., Cole, S. R., Kawachi, I., Vokonas, P. & Sparrow, D. (2006). Shared and unique contributions of anger, anxiety, and depression to coronary heart disease: a prospective study in the normative aging study. *Annals of Behavioral Medicine*, 31, (1), 21-29.
- Kuehner, C. & Bueger, C. (2005). Determinants of subjective quality of life in depressed patients: the role of self-esteem, response styles, and social support. *Journal of Affective Disorders*, 86, 205-213.
- Kürşat-Ahlers, E. & Ahlers, I. (1985). Kulturelle, soziale und familiäre Lebensbedingungen in der Türkei und Ursachen der Emigration türkischer Familien. In J. Collatz, E. Kürşat-Ahlers & J. Korporal (Hrsg.), *Gesundheit für alle. Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik*. (S. 11-39). Hamburg: E.B. Verlag Rissen.
- Kumar, A., Kanwal, K., Vyas, J. N. & Singh, A. (1988). Personality factors in coronary artery disease. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 15 (1), 28-30.

- Lam, D., Wong, G. & Sham, P. (2001). Prodromes, coping strategies and course of illness in bipolar affective disorder- a naturalistic study. *Psychological Medicine*, 31 (8), 1397-1402.
- Lambert, M, Haasen, C. & Halilovic, H. (1998). Differentialdiagnose psychotischer Störungen bei Migranten. *Psychiatrische Praxis*, 25, 198-199.
- Lambert, M., Haasen, C., Yagdiran, O. & Krausz, M. (1998). Psychische Störungen bei Migranten im klinischen Bereich. *Krankenhauspsychiatrie*, 9, 49-53.
- Lara, M. E., Leader, J. & Klein, D.N. (1997). The association between social support and course of depression: is it confounded with personality? *Journal of Abnormal Psychology*, 106 (3), 478-482.
- Lasar, M. & Loose, R. (1994). Kontrollüberzeugungen bei chronischer Schizophrenie. Empirische Daten einer Gruppe ambulanter Patienten. *Nervenarzt*, 65 (7), 464-469.
- Lau-Walker, M. (2004) Relationship between illness representation and self-efficacy. *Journal of Advanced Nursing*, 48 (3), 216-225.
- Lawrence, J. W. & Fauerbach, J.A. (2003). Personality, coping, chronic stress, social support and PTSD symptoms among adult burn survivors: a path analysis. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 24 (1), 63-72.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R.S. & Launier, R. (1978). Stress-related transactions between person and environment. In L. A. Pervin & M. Lewis (Eds.), *Perspectives in interactional psychology* (pp. 287-327). New York: Plenum Press.
- Lee, P.D. & Newton, N. (1981). Cultural aspects of coping. Illustrated with examples from a changing Hawaiian culture. *International Journal of Social Psychiatry*, 27 (1), 13-22.
- Lee-Bagley, D., Preece, M. & DeLongis, A. (2005). Coping with interpersonal stress: role of Big Five traits. *Journal of Personality*, 73 (5), 1141-1180.
- Lei, M. (2003). The robustness of structural equation modeling to nonnormality under different estimation methods and sample sizes. *Dissertation-Abstracts-International-Section-A: Humanities- and Social-Sciences*, 63 (10-A), 3473.

- Lemke, S. & Moos, R. H. (2002). Prognosis of older patients in mixed-age alcoholism treatment program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22 (1), 33-43.
- Lepore, S. J., Evans, G. W. & Schneider, M. L. (1991). Dynamic role of social support in the link between chronic stress and psychological distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61 (6), 899-909.
- Levecque, K., Lodewyckx, I. & Vranken, J. (2007). Depression and generalised anxiety in the general population in Belgium: a comparison between native and immigrant groups. *Journal of Affective Disorders*, 97, 229-239.
- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E. A., Patrick-Miller, L. & Robitaille, C. (1997). Illness representations: theoretical foundations. In K. J. Petrie & J. A. Weinman (Eds.), *Perceptions of Health and Illness* (pp. 19-45). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Leventhal, H., Meyer, D & Nerenz, D. (1980). The common sense model of illness danger. In S. Rachman (ed), *Medical Psychology* (Vol. 2). (pp. 7-30). New York: Pergamon.
- Leventhal, H., Nerenz, D. R. & Steele, D. J. (1984). Illness representation and coping with health threats. In A. Baum, S.E. Taylor & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of Psychology and Health Volume IV: Social Psychological Aspects of Health* (pp. 219-252). New Jersey: Erlbaum.
- Lin, N., Simeone, R. S., Ensel, W. M. & Kuo, W. (1979). Social support, stressful life events and illness: a model and an empirical test. *Journal of Health and Social Behavior*, 20 (2), 108-119.
- Linden, M. (1985) Krankheitskonzepte von Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 12, 8-12.
- Linden, M., Nather, J. & Wilms, H. U. (1988). Zur Definition, Bedeutung und Messung der Krankheitskonzepte von Patienten. Die Krankheitskonzeptskala (KK-Skala) für schizophrene Patienten. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 56, 35-43.
- Linden, M. & Seidel, K. (1998). Krankheitseinsicht und Krankheitskonzepte von Patienten in der Behandlung schizophrener Psychosen. In H.-J. Möller & N. Müller (Hrsg.), *Schizophrenie- Moderne Konzepte zu Diagnostik, Pathogenese und Therapie* (S. 299-306). Wien: Springer.

- Lipowski, Z. J. (1988). Somatization: the concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 145 (11), 1358-1368.
- Loncarevic, M. (2001). Migration und Gesundheit. In D. Domenig (Hrsg.), *Professionelle Transkulturelle Pflege* (S. 65-85). Bern: Verlag Hans Huber.
- Lowe, R, Norman, P. & Bennett, P. (2000). Coping, emotion and perceived health following myocardial infarction: concurrent and predictive associations. *British Journal of Health*, 5, 337-350.
- Lozano, B. E. & Johnson, S. L. (2001). Can personality traits predict increases in manic and depressive symptoms? *Journal of Affective Disorders*, 63 (1-3), 103-111.
- Lück, H. E. & Timaeus, E. (1969). Skalen zur Messung manifester Angst (MAS) und sozialer Wünschbarkeit (SDS-E und SDS-CM). *Diagnostica*, 15, 134-141.
- Lynn, R. (1981). Cross-cultural differences in neuroticism, extraversion and psychoticism. In R. Lynn (Eds.), *Dimensions of Personality. Papers in honour of H.J. Eysenck* (pp. 263-286). Oxford: Pergamon Press Ltd.
- Lynn, R. & Martin, T. (1995). National differences for thirty-seven nations in extraversion, neuroticism, psychoticism and economic, demographic and other correlates. *Personality and Individual Differences*, 19 (3), 403-406.
- Machleidt, W. (2002). Die 12 Sonnenberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen in Deutschland. *Nervenarzt*, 73, 1208-1212.
- Machleidt, W. (2004). *Ausgangslage und Leitlinien transkultureller Psychiatrie in Deutschland*. Retrieved April, 27, 2006 from [www.psychiatrie.de/data/downloads/3b/00/00/Beitrag\\_Machleidt.pdf](http://www.psychiatrie.de/data/downloads/3b/00/00/Beitrag_Machleidt.pdf)
- Machleidt, W., Behrens, K., Ziegenbein, M. & Calliess, I. T. (2007). Integration von Migranten in die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, 34, 325-331.
- Machleidt, W. & Calliess, I.T. (2005). Transkulturelle Psychiatrie und Migration- Psychische Erkrankungen aus ethnischer Sicht. *Die Psychiatrie*, 2, 77-84.



- McCabe, R. & Priebe, S. (2004). Explanatory models of illness in schizophrenia: comparison of four ethnic groups. *British Journal of Psychiatry*, *185*, 25-30.
- McCarty, C.A., Weisz, J.R., Wanitromanee, K., Eastman, K.L., Suwanlert, S., Chaiyasit, W. & Band, E.B. (1999). Culture, coping, and context: primary and secondary control among Thai and American youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *40* (5), 809-818.
- McCrae, R.R. (2001). Trait psychology and culture: exploring intercultural comparisons. *Journal of Personality*, *69* (6), 819-846.
- McCrae, R. R. (2002). NEO-PI-R data from 36 cultures: Further intercultural comparisons. In R.R. McCrae & J. Allik (Eds.), *The five-factor model of personality across cultures* (pp. 105-125). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- McCrae, R. R. & Costa, P. T. (1997). Personality trait structure as a human universal. *American Psychologist*, *52* (5), 509-516.
- McCrae, R. R. & Costa, P. T. (1987). Validation of the Five-Factor Model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, *52*, 81-90.
- McCrae, R.R., Costa, P.T., Pilar, G. H., Rolland, J.-P. & Parker, W.D. (1998). Cross-cultural assessment of the five-factor model. The revised Neo Personality Inventory. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, *29* (1), 171-188.
- McCullough, M. E. & Larson, D. B. (1999). Religion and depression: a review of the literature. *Twin Research and Human Genetics*, *2*, 126-136.
- McIntosh, C. N. (2007). Rethinking fit assessment in structural equation modelling: a commentary and elaboration on Barrett (2007). *Personality and Individual Differences*, *42*, 859-867.
- MacKinnon, D. P., Fairchild, A.J. & Fritz, M.S. (2007). Mediation analysis. *Annual Review of Psychology*, *58*, 593-614.
- MacKinnon, D. P., Lockwood, C. M., Hoffman, J. M., West, S. G. & Sheets, V. (2002). A comparison of methods to test mediation and other intervening variable effects. *Psychological Methods*, *7* (1), 83-104.

- Magnus, K., Diener, E., Fujita, F. & Pavot, W. (1993). Extraversion and neuroticism as predictors of objective life events: a longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65 (5), 1046-1053.
- Mahley, R.W., Palaoğlu, K.E., Atak, Z., Dawson-Pepin, J., Langlois, A.-M., Cheung, V., Onat, H., Fulks, P., Mahley, L.L., Vakar, F., Özbayrakçı, S., Gökdemir, O. & Winkler, W. (1995). Turkish Heart Study: lipids, lipoproteins, and apolipoproteins. *Journal of Lipid Research*, 36 (4), 839-859.
- Maier, W. (2004). Genetik der Depression. Gegenwärtiger Erkenntnisstand und Perspektiven. *Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz*, 47 (5), 487-492.
- Mallouh, S.K., Abbey, S.E. & Gillies, L.A. (1995). The role of loss in treatment outcomes of persistent somatization. *General Hospital Psychiatry*, 17, 187-191.
- Manning-Walsh, J. (2004). Social support as a mediator between symptom distress and quality of life in women with breast cancer. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 34 (4): 482-492.
- Margairaz, C., Girard, J. & Halpérin, D. S. (2006). Häusliche Gewalt in Ehe und Familie. Zur Rolle des Allgemeinpraktikers. *Schweizerisches Medizinisches Forum*, 6, 367-373.
- Markland, D. (2007). The golden rule is that there are no golden rules: a commentary on Paul Barrett's recommendations for reporting model fit in structural equation modeling. *Personality and Individual Differences* 42, 851-858.
- Marmot, M.G. & Syme, L. (1976). Acculturation and coronary heart disease in Japanese-Americans. *American Journal of Epidemiology*, 104 (3), 225-247.
- Marsella, A. J. (1980). Depressive experience and disorder across cultures. In H. C. Triandis & J. G. Draguns (Eds.), *Handbook of Cross-Cultural Psychology. Psychopathology (Vol. 6)* (pp. 237-289). Boston: Allyn and Bacon, Inc.
- Marsella, A.J. (1987). The measurement of depressive experience and disorder across cultures. In A.J. Marsella, R. Hirschfeld & M. Katz (Eds.), *The measurement of depression* (pp. 376-399). New York: Guilford.

- Marsella, A. J. (2003). Cultural aspects of depressive experience and disorders. In W. J. Lonner, D. L. Dinnel, S. A. Hayes & D. N. Sattler (Eds.), *Online Readings in Psychology and Culture (Unit 9, Chapter 4)*, (<http://www.wvu.edu/~culture>), Center for Cross-Cultural Research, Western Washington University, Bellingham, Washington USA. Retrieved March, 29, 2005 from <http://www.ac.wvu.edu/~culture/Marsella.htm>.
- Marsella, A. J. & Dash-Scheuer, A. (1988). Coping, culture, and healthy human development: A research and conceptual overview. In P.R. Dasen, J. W. Berry & N. Sartorius (Hrsg.), *Health and cross-cultural psychology. Toward applications* (pp. 162-178). Newbury Park: Sage publications.
- Marsella, A. J., Dubanoski, J., Hamada, W. C. & Morse, H. (2000). The measurement of personality across cultures. Historical, conceptual, and methodological issues and considerations. *American Behavioral Scientist*, 44 (1), 41-62.
- Marsella, A. J., Sartorius, N., Jablensky, A., & Fenton, F. R. (1985). Cross-cultural studies of depressive disorders: An overview. In A. Kleinman & B. Good (Eds.), *Culture and depression* (pp. 299–324). Berkeley, CA: University of California Press.
- Marsella, A.J. & Yamada, A.M. (2000). Culture and mental health: an introduction and overview of foundations, concepts, and issues. In I. Cuellar & F. Paniagua (Hrsg.), *The handbook of multicultural mental health: assessment and treatment of diverse populations* (pp. 3-24). New York: Academic press.
- Maurischat, C. (2001). *Erfassung der "Stages of Change" im Transtheoretischen Modell Prochaska`s- eine Bestandsaufnahme*. Forschungsberichte des Psychologischen Instituts der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg I. BR. Retrieved February, 1, 2008 from <http://psydok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2004/424/pdf/154.pdf>
- Maxwell, B. (1996). Translation and cultural adaption of the survey instruments. In M. O. Martin & D. L. Kelly (Eds.), *Third International Mathematics and Science Study (TIMSS) Technical Report, Vol 1: Design and Development* (pp. 8-1-8-10). Chestnut Hill, MA: Boston College.
- Mayer, S. (2005). *Akkulturation und intergenerationale Transmission von Gewalt in türkischen Migrantenfamilien- eine longitudinale Mehrebenen-*

*analyse*. Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades Dr. Phil. Genehmigt durch die Fakultät für Geistes-, Sozial- und Erziehungswissenschaften der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg. Retrieved January, 16, 2008 from <http://diglib.uni-magdeburg.de/Dissertationen/2006/simmayer.pdf>

- Meier, Ch. & Ackermann-Liebrich, U. (2005). Soziale Schicht als kardio-vaskulärer Risikofaktor. *Therapeutische Umschau*, 62, (9), 591-595.
- Menotti, A., Kromhout, D., Blackburn, H., Fidanza, F., Buzina, R. & Nissinen, A. (1999). Food intake patterns and 25-year mortality from coronary heart disease: cross-cultural correlations in the Seven Countries Study. *European Journal of Epidemiology*, 15 (6), 507-515.
- Miles, J. & Shevlin, M. (2007). A time and a place for incremental fit indices. *Personality and Individual Differences*, 42, 869-874.
- Miller, G. A. & Chapman, J. P. (2001). Misunderstanding analysis of covariance. *Journal of Abnormal Psychology*, 110 (1), 40-48.
- Miller, J. L., Schmidt, L.A., Vaillancourt, T., McDougall, P. & Laliberte, M. (2006). Neuroticism and introversion: a risky combination for disordered eating among a non-clinical sample of undergraduate women. *Eating Behaviors*, 7 (1), 69-78.
- Millsap, R. E. (2007). Structural equation modeling made difficult. *Personality and Individual Differences*, 42, 875-881.
- Mirdal, G. M. (1984). Stress and distress in migration: Problems and resources of Turkish women in Denmark. *International Migration Review*, 18 (4), 985-1003.
- Mirdal, G. M. (1985). The condition of "tightness" : the somatic complaints of Turkish migrant women. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 71 (3), 287-296.
- Mittag, O., Glaser-Möller, N., Ekkernkamp, M., Matthis, C., Héon-Klein, Raspe A. & Raspe H. (2003). Prädiktive Validität einer kurzen Skala zur subjektiven Prognose der Erwerbsfähigkeit (SPE-Skala) in einer Kohorte von LVA-Versicherten mit schweren Rückenschmerzen oder funktionellen Beschwerden der inneren Medizin. *Sozial- und Präventivmedizin*, 48 (6), 361-369.

- Mohr, D. C., Goodkin, D. E., Nelson, S., Cox, D. & Weiner, M. (2002). Moderating effects of coping on the relationship between stress and the development of new brain lesions in multiple sclerosis. *Psychosomatic Medicine*, 64 (5), 803-809.
- Monroe, S.M. & Steiner, S.C. (1986). Social support and psychopathology: interrelations with preexisting disorder, stress, and personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 95 (1), 29-39.
- Moos, R. H., Cronkite, R. C. & Moos, B. S. (1998). The long-term interplay between family and extrafamily resources and depression. *Journal of Family Psychology*, 12 (3), 326-343.
- Moser, D. K. & Dracup, K. (1996). Is anxiety early after myocardial infarction associated with subsequent ischemic and arrhythmic events? *Psychosomatic Medicine*, 58 (5), 395-401.
- Moss-Morris, R., Petrie, K.J. & Weinman, J. (1996). Functioning in chronic fatigue syndrome: do illness perceptions play a regulatory role? *British Journal of Health Psychology*, 1, 15-25.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K.J., Horne, R., Cameron, L.D. & Buick, D. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17 (1), 1-16.
- Mühlig-Versen, S. (2001). *Die Rolle der "türkisch-muslimischen" Frau in Deutschland*. Fortbildungsreihe "Türkische" Jungen. *Namus ve Arkadaşlık der Landeshauptstadt München* (S. 21-24). Sozialreferat Stadtjugendamt.
- Mulaik, S. (2007). There is a place for approximate fit in structural equation modelling. *Personality and Individual Differences*, 42, 883-891.
- Mulder, C. L., Koopmans, G. T. & Hengeveld, M. W. (2005). Lack of motivation for treatment in emergency psychiatry patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40 (6), 484-488.
- Murphy, H.B.M. (1967). Cultural aspects of the delusion. *Studium Generale*, 20 (11), 684-92.
- Murphy, H., Dickens, C., Creed, F. & Bernstein, R. (1999). Depression, illness perception and coping in rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research*, 46 (2), 155-164.
- Muthny, F.A., Bechtel, M. & Spaete, M. (1992). Laienätiologien und Krankheitsverarbeitung bei schweren körperlichen Erkrankungen. Eine

empirische Vergleichsstudie mit Herzinfarkt-, Krebs-, Dialyse- und MS-Patientinnen. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 42, 41 - 53.

- Myriam, M.M.P. & Van Moffaert, M. D. (1998). Somatization patterns in Mediterranean migrants. In S. O. Okpaku (eds.), *Clinical methods in transcultural psychiatry* (pp. 301-320). Washington: American Psychiatric Press.
- Naqvi, T.Z., Naqvi, S.S.A. & Merz, N.B. (2005). Gender differences in the link between depression and cardiovascular disease. *Psychosomatic Medicine*, 67, (Suppl. 1), S15-S18.
- National Institute of Mental Health. (1970) CGI: Clinical Global Impressions. In W. Guy & R. R. Bonato (eds.), *Manual for the ECDEU Assessment Battery.2.* (Rev ed.) (12-1-12-6). Chevy Chase, Md: National Institute of Mental Health.
- Nauck, B., Kohlmann, A. & Diefenbach, H. (1997). Familiäre Netzwerke, intergenerative Transmission und Assimilationsprozesse bei türkischen Migrantenfamilien. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 49, 477-499.
- Ndeti, D. M. & Vadher, A. (1984). Frequency and clinical significance of delusions across cultures. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 70 (1), 73-76.
- Neuber, H. (2005). Ausländische Patienten. Insellösungen vermeiden. *Deutsches Ärzteblatt*, 102 (10), A652- A654.
- Newcomb, M. D. & Keefe, K. (1997). Social support, self-esteem, social conformity, and gregariousness. Developmental patterns across twelve years. In G. R. Pierce, B. Lakey, I. G. Sarason & B. R. Sarason (eds.). *Sourcebook of social support and personality* (pp. 303-333). New York: Plenum Press.
- Nickel, C., Lojewski, N, Muehlbacher, B, Cangoez, B., Müller-Rabe, T., Buschmann, W., Mitterlehner, F. O., Lahmann, C., Egger, C., Kettler, C., Rother, N., Tritt, K., Bachler, E., Fartacek, R., Leiberich, P., Pedrosa Gil, F., Rother, W.K., Loew, T.H. & Nickel, M. (2006). Behandlungsergebnisse stationärer psychosomatischer Rehabilitation bei türkischen Migranten: Eine prospektive Studie. *Gesundheitswesen*, 68, 147-153.

- Nickel, C., Muehlbacher, M., Kettler, C., Tritt, K., Egger, C., Lahmann, C., Pedrosa-Gil, F., Leiberich, P., Bachler, E., Buschmann, W., Forthuber, P., Fartacek, R., Mitterlehner, F., Rother, W., Loew, T. & Nickel, M. (2006). Behandlungsmotivation und Ergebnisse der stationären Psychotherapie bei Frauen mit depressiven Erkrankungen: eine prospektive Studie. *Gesundheitswesen*, 68 (1), 11-17.
- Nickel, M., Cangoez, B., Bachler, E., Muehlbacher M., Lojewski, N., Mueller-Rabe, N., Mitterlehner, F. O., Egger, C., Leiberich, P., Rother, N., Buschmann, W., Kettler, C., Gil, F. P., Lahmann, C., Fartacek, R., Rother, W. K., Loew, T. H. & Nickel, C. (2006). Bioenergetic exercises in inpatient treatment of Turkish immigrants with chronic somatoform disorders: a randomized, controlled study. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 507-513.
- Nübling, R. (1992). *Psychotherapiemotivation und Krankheitskonzept. Zur Evaluation psychosomatischer Heilverfahren*. Frankfurt/ Main: Verlag für Akademische Schriften VAS.
- O'Brien, T. B. & DeLongis, A. (1996). The interactional context of problem-, emotion-, and relationship-focused coping: the role of the Big Five personality factors. *Journal of Personality*, 64 (4), 775-813.
- O'Connor, D. B. & Shimizu, M. (2002). Sense of personal control, stress and coping style: a cross-cultural study. *Stress and Health*, 18 (4), 173-183.
- Odegaard, O. (1932). Emigration and insanity. *Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica Suppl*, 4, 1-206.
- Özer, S., Uluşahin, A., Batur, S., Kabakçı, E. & Saka, M.C. (2002). Outcome measures of interepisode bipolar patients in a Turkish sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 31-37.
- Oğul, M. & Gençöz, T. (2003). Roles of perceived control and coping strategies on depressive and anxiety symptoms of Turkish adolescents. *Psychological Reports*, 93 (3), 659-672.
- Onat, A. (2001). Risk factors and cardiovascular disease in Turkey. *Atherosclerosis*, 156, 1-10.
- Onat, A., Dursunoglu, D. & Sansoy, V. (1997). Relatively high coronary death and event rates in Turkish women. Relation to three major risk fac-

tors in five-year follow-up of cohort. *International Journal of Cardiology*, 61 (1), 69-77.

- Ormel, J. & Wohlfarth, T. (1991). How neuroticism, long-term difficulties, and life situation change influence psychological distress: a longitudinal model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60 (5), 744-755.
- Orth-Gomér, K. & Leineweber, C. (2005). Multiple stressors and coronary disease in women. The Stockholm Female Coronary Risk Study. *Biological Psychology*, 69, 57-66.
- Orth- Gomér, K., Rosengren, A. & Wilhelmsen, L. (1993). Lack of social support and incidence of coronary heart disease in middle-aged Swedish men. *Psychosomatic Medicine*, 55 (1), 37-43.
- O`Shea, J. C., Wilcox, R. G., Skene, A. M., Sstebbins, A. L., Granger, C. B., Armstrong, P. W., Bode, C., Ardissino, D., Emanuelsson, H., Aylward, P. E., White, H. D., Sadowski, Z., Topol, E. J., Califf, R. M. & Ohman, E. M. (2002). Comparison of outcomes of patients with myocardial infarction when living alone versus those not living alone. *The American Journal of Cardiology*, 90 (15), 1374-1377.
- Ostermann, B. (1990). "Wer versteht mich?" *Der Krankheitsbegriff zwischen Volksmedizin und High Tech. Zur Benachteiligung von AusländerInnen in deutschen Arztpraxen*. Frankfurt am Main: Verlag für Interkulturelle Kommunikation.
- Ouimette, P., Cronkite, R., Prins, A. & Moos, R.H. (2004). Posttraumatic stress disorder, anger and hostility, and physical health status. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192 (8), 563-566.
- Owen, S. V. & Froman, R. D. (1998). Uses and abuses of the analysis of covariance. *Research in Nursing and Health*, 21, 557-562.
- Parker, G., Brown, L. & Blignault, I. (1986). Coping behaviors as predictors of the course of clinical depression. *Archives of General Psychiatry*, 43 (6), 561- 565.
- Parker, G., Cheah, Y.-C. & Roy, K. (2001). Do the Chinese somatize depression? A cross-cultural study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36 (6), 287-293.



- Parkerson, G.R., Broadhead, W.E. & Tse, C.K. (1995). Perceived family stress as a predictor of health-related outcomes. *Archives of Family Medicine*, 4 (3), 253-260.
- Paunonen, S. V., Jackson, D. N., Trzebinski, J. & Forsterling, F. (1992). Personality structure across cultures: a multimethod evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62 (3), 447-456.
- Paykel, E.S. (2003). Life events and affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108 (Suppl. 418), 61-66.
- Pearlin, L., Lieberman, M., Menaghan, E. & Mullan, J. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 337-356.
- Perbandt, K., Hodapp, V., Wendt, T. & Jordan, J. (2006). Die „Distressed Personality“ (Typ D)- Zusammenhänge mit Ärger, Aggression und Feindseligkeit. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 56, 310-317.
- Petrie, K. J., Weinman, J., Sharpe, N. & Buckley, J. (1996). Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study. *British Medical Journal*, 312 (7040), 1191-1194.
- Pfeiffer, C., Wetzles, P. & Enzmann D. (1999). *Innerfamiliäre Gewalt gegen Kinder und Jugendliche und ihre Auswirkungen*. Forschungsbericht Nr. 80. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. (KFN) Hannover. Retrieved January 15, 2008 from <http://www.kfn.de/versions/kfn/assets/fb80.pdf>
- Pfeiffer, W. M. (1994). *Transkulturelle Psychiatrie. Ergebnisse und Probleme*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Pfeiffer, W. M. (1996). Das Bild der Depression im Kulturvergleich. *Curare*, 19, 193-199.
- Plassmann, R. & Schepank, H. (1998). Rentenentwicklungen und ihre Psychosomatische Beurteilung. *Rehabilitation*, 37 (1), 14-20.
- Porsch-Oezçueruemez, M., Bilgin, Y., Wollny, M., Gediz, A., Arat, A., Karatay, E., Akinci, A., Sinterhauf, K., Koch, H., Siegfried, I., von Georgi, R., Brenner, G. & Kloer, H.-U. (1999). Prevalence of risk factors of coronary heart disease in Turks living in Germany: The Giessen Study. *Atherosclerosis*, 144 (1), 185-198.

- Printz, B. L., Shermis, M. D. & Webb, P.M. (1999). Stress-buffering factors related to adolescent coping: a path analysis. *Adolescence*, 34 (136), 715-734.
- Prinz-Kaltenborn, R. (2003). *Subjektive Krankheitstheorien und Compliance in der Arzt- Patient- Beziehung. Eine Verlaufsstudie bei schizophren Erkrankten*. Abhandlung zur Erlangung der Doktorwürde der Philosophischen Fakultät der Universität Zürich.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C.C. (1983). Stages and process of self-change in smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5, 390-395.
- Prümm, K. (2003). *Die Rechte türkischer Migranten in Deutschland*. Überarbeiteter Vortrag auf dem Workshop: „Almanya-Türkiye Gök İlliskilerinde Yeni Gelismeler“ vom 23.-25. Januar 2003 an der Bilgi-University in Istanbul. Retrieved January 14, 2008 from [http://www.comcad-bielefeld.de/downloads/workingpaper\\_2.pdf](http://www.comcad-bielefeld.de/downloads/workingpaper_2.pdf)
- Racy, J. (1970). Psychiatry in the Arab East. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supp.* 211, 1-171.
- Rafanelli, C., Roncuzzi, R., Milaneschi, Y., Tomba, E., Colistro, M.C., Pancaldi, L. G. & Di Pasquale, G. (2005). Stressful life events, depression, and demoralization as risk factors for acute coronary heart disease. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 179-184.
- Rao, S. (1966). Culture and mental disorder : a study in an Indian mental hospital. *International Journal of Social Psychiatry* ,12 (2), 39-48.
- Rasmussen, K. & Andersen, J. H. (2005). Individual factors and GP approach as predictors for the outcome of rehabilitation among long-term sick listed cases. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15 (2), 227-235.
- Razum, O., Akgün, S. & Tezcan, S. (2000). Cardiovascular mortality patterns in Turkey: What is the evidence? *Sozial- und Präventivmedizin*, 45 (1), 46-51.
- Razum, O., Geiger, I., Zeeb, H. & Ronellenfitch, U. (2004). Gesundheitsversorgung von Migranten. *Deutsches Ärzteblatt*, 101 (43), B2439-B2443.
- Reck, C., Backenstrass, M., Kronmüller, K. T., Sommer, G., Fiedler, P. & Mundt, C. (1999). Kritische Lebensereignisse im 2-Jahresverlauf der "Ma-

- lor Depression". Eine prospektive Studie mit stationär behandelten Patienten. *Nervenarzt*, 70 (7), 637-644.
- Riecken, A., Wiedl, K.H. & Welg, W. (2001). Die Bedeutung der „Deutschkenntnisse“ für die Entwicklung und Behandlung von psychiatrischen Erkrankungen. *Psychiatrische Praxis*, 28, 275-277.
  - Rief, W. & Hiller, W. (1998). *Somatisierungsstörung und Hypochondrie*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
  - Rief, W., Hiller, W., Geissner, E. & Fichter, M.M. (1994). Hypochondrie: Erfassung und erste klinische Ergebnisse. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 23, 34-42.
  - Rief, W., Hiller, W. & Heuser, J. (1997). *Das Screening für somatoforme Störungen SOMS [The Screening for Somatoform Symptoms]. Manual zum Fragebogen*. Bern: Huber-Verlag.
  - Ritsner, M., Ponizovsky, A., Kurs, R & Modai, I. (2000). Somatization in an immigrant population in Israel: a community survey of prevalence, risk factors, and help-seeking behavior. *The American Journal of Psychiatry*, 157 (3), 385-392.
  - Rockwell, S. K. & Kohn, H. (1989). *Post-then-pre evaluation*. Journal of Extension, 27 (2). Retrieved January 5, 2006 from <http://www.joe.org/joe/1989summer/a5.html>
  - Rodewig, K. (2000). Stationäre psychosomatische Rehabilitation von Migranten aus der Türkei. Sind monokulturelle Behandlungseinheiten sinnvoll? *Psychotherapeut*, 45 (6), 350-355.
  - Rogner, J., Batram, M., Hardinghaus, W., Lehr, D. & Wirth, A. (1994). Depressiv getönte Krankheitsbewältigung bei Herzinfarktpatienten-Zusammenhänge mit dem längerfristigen Krankheitsverlauf und Veränderbarkeit durch Gruppentherapie auf indirekt-suggestiver Grundlage. In G. Schüßler & E. Leibing (Hrsg.), *Stressverarbeitung. Verlaufs- und Therapiestudien chronischer Krankheit*. (S.95-109). Göttingen: Hogrefe.
  - Rogner, J., Bökli, E. & Bartram, M. (2001). Emotionales und körperliches Befinden türkischer Einwohner der Stadt Osnabrück. In P. Marschalck & K. H. Wiedl (Hrsg.), *Migration und Krankheit. Schriften des Instituts für Migrationsforschung und Interkulturelle Studien (IMIS) der Universität Osnabrück*. (pp. 207-216). Osnabrück: Universitätsverlag Rasch.

- Rogosa, D. R. & Willett, J. B. (1983). Demonstrating the reliability of the difference score in the measurement of change. *Journal of Educational Measurement*, 20, 335-343.
- Roick, C., Kilian, R., Matschinger, H., Bernert, S., Mory, C., Angermeyer, M.C. (2001). Die deutsche Version des Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory. Ein Instrument zur Erfassung psychiatrischer Versorgungskosten. *Psychiatrische Praxis*, 28 (Sonderheft 2), S.84-90.
- Rose, M., Fliege, H., Hildebrandt, M., Schirop, T. & Klapp, B. F. (2002). The network of psychological variables in patients with diabetes and their importance for quality of life and metabolic control. *Diabetes Care*, 25, 35-42.
- Rosen, G., Kleinman, A. & Katon, W. (1982). Somatization in family practice: a biopsychosocial approach. *The Journal of Family Practice*, 14 (3), 493-502.
- Rosengren, A., Hawken, S., Ôunpuu, S., Sliwa, K., Zubaid, M., Almahmeed, W.A., Blackett, K.N., Sitthi-amorn, C., Sato, H. & Yusuf, S. (2004). Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*, 364 (9438), 953-962.
- Ross, S., Walker, A. & MacLeod, M. J. (2004). Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs. *Journal of Human Hypertension*, 18 (9), 607-613.
- Rothenbacher, D. Hahmann, H.W., Wüsten, B., Twardella, D. & Brenner, H. (2006). Strategien und Ansatzpunkte der Sekundärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen. Ergebnisse aus der KAROLA-Studie. *Herzmedizin*, 23, (2), 78-83.
- Ruesch, J., Jacobson, A. & Loeb, M.B. (1948). *Acculturation and illness*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Ruhkopf, H., Zimmermann, E. & Bartels, S. (1993). Das Krankheits- und Therapieverständnis türkischer Migranten in der Bundesrepublik Deutschland. In: Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg.), F. Nestmann & T. Niepel (Bearb.): *Beratung von Migranten. Neue Wege der psychosozialen Versorgung*. (S. 233-254). Berlin.

- Russell, D. W., Booth, B., Reed, D. & Laughlin, P. R. (1997). Personality, social networks, and perceived social support among alcoholics: a structural equation analysis. *Journal of Personality*, 65 (3), 649-692.
- Salminen, J.K., Lehtinen, V., Jokinen, K., Jokinen, M. & Talvitie, A. (1980). Psychosomatic disorder: a treatment problem more difficult than neurosis? A comparative clinical study of psychosomatic and neurotic patients of the psychiatric policlinic of a general hospital. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 62 (1), 1-12.
- Saner, H. (2005). Stress as a cardiovascular risk factor. *Therapeutische Umschau*, 62 (9), 597-602.
- Saß, H., Wittchen, H.-V. & Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Şaştımdur, G. (1995). Migranten und Krankheitstheorien. In E. Koch, M. Özek & W. M. Pfeiffer (Hrsg.), *Psychologie und Pathologie der Migration. Deutsch-türkische Perspektiven* (S. 238-239). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Sastry, J., & Ross, C. E. (1998). Asian ethnicity and the sense of personal control. *Social Psychology Quarterly*, 61 (2), 101-120.
- Savaskan, E. & Mahrer, R. (1997). Verlauf einer "kulturgebundenen Psychose". *Psychiatrische Praxis*, 24, 144-146.
- Schäfer-Böker, G. (1987). Krankheitskonzepte ausländischer Familien. In H. Buchkremer & M. Emmerich (Hrsg.), *Ausländerkinder: Sonder- und sozialpädagogische Fragestellungen* (S. 88-100). EBV: Hamburg.
- Scharloo, M. & Kaptein, A. (1997). Measurement of illness perceptions in patients with chronic somatic illnesses – a review. In K. J. Petrie & J. A. Weinman (eds.), *Perceptions of Health & Illness* (pp. 103-154). Amsterdam: Harwood Academic Publishers
- Scharloo, M., Kaptein, A. A., Weinman, J., Hazes, J. M., Willems, L. N. A., Bergman, W. & Rooijmans, H. G. M. (1998). Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 44 (5), 573-585.

- Schepank, H. (1995). *BSS- Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score. Ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung. Handanweisung*. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Schepker, R., Toker, M. & Eberding, A. (1999). Inanspruchnahmebarrieren in der ambulanten Versorgung von türkeistämmigen Migrantenfamilien aus der Sicht der Betroffenen. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.*, 48, 664-676.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H. & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research Online*, 8 (2), 23-74. Retrieved May, 29, 2007 from <http://www.mpr-online.de>.
- Schiffer, A.A., Pedersen, S.S., Broers, H., Widdershoven, J.W. & Denollet, J. (2008). Type-D personality but not depression predicts severity of anxiety in heart failure patients at 1-year follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 106, 73-81.
- Schmeling-Kludas, C., Boll-Klatt, A. & Fröschlin, R. (2002). Was lässt türkische Migranten psychosomatisch erkranken? - Rückschlüsse aus einer retrospektiven Aktenanalyse. In Ch. Dettmers, N.-J. Albrecht & C. Weiller (Hrsg.), *Gesundheit, Migration und Krankheit. Sozialmedizinische Probleme und Aufgaben in der Nervenheilkunde* (S. 195-203). Bad Honnef: Hippocampus Verlag.
- Schmeling-Kludas, C., Fröschlin, R. & Boll-Klatt, A. (2003). Stationäre psychosomatische Rehabilitation für türkische Migranten: Was ist realisierbar, was ist erreichbar? *Rehabilitation*, 42, 363-370.
- Schmitz, P. (2001). Akkulturation und Gesundheit. In P. Marschalck & K. H. Wiedl (Hrsg.), *Migration und Krankheit* (S. 123-144). Osnabrück: Universitätsverlag Rasch.
- Schneider, J. (2006). Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeitserwartungen und sozialmedizinischem Status bei Patienten mit anhaltender somatoformer Schmerzstörung (ICD-10: F45.4). *Rehabilitation*, 45 (2), 110-117.
- Schneider W. Basler, H.-D. & Beisenherz, B. (1989). *Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation*. Manual. Weinheim: Beltz.

- Schneider, W. & Klauer, T. (2001). Symptom level, treatment motivation, and the effects of inpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 11 (2), 153-167.
- Schneider, W., Klauer, T., Janssen, P. L. & Tetzlaff, M. (1999). Zum Einfluss der Psychotherapiemotivation auf den Psychotherapieverlauf. *Nervenarzt*, 70 (3), 240-249.
- Schouler-Ocak, M. (2003). Psychiatrische Regeldienste und multikulturelle Realität. *Psychoneuro*, 29 (12), 582-585.
- Schouler-Ocak, M. (2005). Traumazentrierte Psychotherapie bei Migranten: Bedeutung kulturspezifischer Einflussfaktoren. *Journal of the Turkish-German Gynecological Association*, 6 (1), 17-22.
- Schroder, K. E. E. (2004). Coping competence as predictor and moderator of depression among chronic disease patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 27 (2), 123-145.
- Schröttle, M. (2006). Gewalt gegen Migrant/innen und Nicht-Migrant/innen in Deutschland: Mythos und Realität kultureller Unterschiede. In Landeskommision Berlin gegen Gewalt (Hrsg.), *Berliner Forum Gewaltprävention. Häusliche Gewalt gegen Migrantinnen. Dokumentation einer Fachtagung in Kooperation mit der Friedrich-Ebert-Stiftung am 22. Februar 2006* (S. 11-29). Berlin: Schmohl & Partner.
- Schwab, P.J. & Tercanli, S. (1987). Körperliche und seelische Symptome bei Migranten in der Bundesrepublik Deutschland. Erstellung und Anwendung einer türkischen Fassung der Beschwerdenliste von D. v. Zerssen. *Psychotherapie Medizinische Psychologie*, 37, 419-423.
- Schweickhardt, A., Leta, R. & Bauer, J. (2005). Inanspruchnahme von Psychotherapie in Abhängigkeit von der Psychotherapiemotivation während der Indikationsstellung in einer Klinikambulanz. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 55 (8), 378-385.
- Scott, J., Williams, J. M. G., Brittlebank, A. & Ferrier, I. N. (1995). The relationship between premorbid neuroticism, cognitive dysfunction and persistence of depression: a 1-year follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 33 (3), 167-172.

- Segerstrom, S.C. (2005). Optimism and immunity: Do positive thoughts always lead to positive effects? *Brain Behavior and Immunity*, 19 (3), 195-200.
- Seiedin, M. (2005). Kultur, Migration und seelische Gesundheit. *Psych. Pflege Heute*, 11, 125-130.
- Seligman, M.E. (1972). Learned helplessness. *Annual Review of Medicine*, 23, 407-412.
- Seligman, M.E. (1978). Learned helplessness as a model of depression. Comment and integration. *Journal of Abnormal Psychology*, 87 (1), 165-179.
- Seligman, M.E. (1986). *Erlernte Hilflosigkeit*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Sensky, T. (1997). Causal attributions in physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 43 (6), 565-573.
- Shimokawa, H., Nagasawa, K., Irie, T., Egashira, S., Egashira, K., Sagara, T., Kikuchi, Y. & Nakamura, M. (1988). Clinical characteristics and long-term prognosis of patients with variant angina. A comparative study between western and Japanese populations. *International Journal of Cardiology*, 18 (3), 331-349.
- Shrout, P.E. & Bolger, N. (2002). Mediation in experimental and nonexperimental studies: new procedures and recommendations. *Psychological Methods*, 7 (4), 422-445.
- Shurgot, G.R. & Knight, B.G. (2005). Influence of neuroticism, ethnicity, familism, and social support on perceived burden in dementia caregivers: pilot test of the transactional stress and social support model. *Journal of Gerontology*, 60B (6), P331-P334.
- Simon, G. E., VonKorff, M., Piccinelli, M. Fullerton, C. & Ormel, J. (1999). An International study of the relation between somatic symptoms and depression. *The New England Journal of Medicine*, 341 (18), 1329-1335.
- Simpson, D. D. & Joe, G. W. (2004). A longitudinal evaluation of treatment engagement and recovery stages. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27 (2), 89-97.
- Singer, K. (1975). Depressive disorders from a transcultural perspective. *Social Science and Medicine*, 9 (6), 289-301.



- Sinus Sociovision (2007). *Die Milieus der Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Eine qualitative Untersuchung von Sinus Sociovision*. Forschungsbericht. Heidelberg.
- Sirois, B. C. & Burg, M.M. (2003). Negative emotion and coronary heart disease. *Behavior Modification*, 27 (1), 83-102.
- Sleptsova, M., Langewitz, W. & Wössmer, B. (2005). *Migration und Psychosomatik*. Universitätsspital şel. Retrieved February, 14, 2008 from [http://www.littenheid.ch/file/1/nv\\_2812\\_nvFile.pdf](http://www.littenheid.ch/file/1/nv_2812_nvFile.pdf)
- Sluzki, C. E. (2001). Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen* (S. 101-115). Bonn: Psychiatrie- Verlag GmbH.
- Small, R., Lumley, J. & Yelland, J. (2003). How useful is the concept of somatization in cross-cultural studies of maternal depression? A contribution from the Mothers in a New Country (MINC) study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 24 (1), 45-52.
- Sohn, M. (2004). *Behinderungskonzepte bei Migranten aus islamischen Kulturkreisen und ihr Stellenwert für die pädagogische Arbeit an Sonderschulen*. Wissenschaftliche Hausarbeit im Rahmen der Ersten Staatsprüfung für das Lehramt an Sonderschulen im Fach Allgemeine Heil- und Sonderpädagogik, eingereicht dem Amt für Lehrerbildung. Außenstelle Gießen. Retrieved April, 27, 2007 from <http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2004/1640/pdf/SohnManuel-2004.pdf>.
- Solomon, D. A., Shea, M. T., Leon, A.C., Mueller, T.I., Coryell, W., Maser, J.D., Endicott, J. & Keller, M.B. (1996). Personality traits in subjects with bipolar I disorder in remission. *Journal of Affective Disorders*, 40 (1), 41-48.
- Somer, O. & Goldberg, L.R. (1999). The structure of Turkish trait-descriptive adjectives. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76 (3), 431-450.
- Sorvaniemi, M., Helenius, H. & Salokangas, R.K.R. (2003). Factors associated with being granted a pension among psychiatric outpatients with major depression. *Journal of Affective Disorders*, 75 (1), 43-48.

- Spertus, J. A., Winder, J. A., Dewhurst T. A., Deyo, R. A., Prodzinski, J., McDonell, M. & Fihn, S. D. (1995). Development and evaluation of the Seattle Angina Questionnaire: a new functional status measure for coronary artery disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 25 (2), 333-341.
- Spießl, H., Krischker, S., Spindler, P., Cording, C. & Klein, H.E. (1996). Patientenzufriedenheit im psychiatrischen Krankenhaus. *Krankenhauspsychiatrie*, 7, 1-5.
- Steenkamp, J.-B. & Baumgartner, H. (1998). Assessing measurement invariance in cross-national consumer research. *Journal of Consumer Research*, 25, 78-90.
- Stehle, G., Hinohara, S., Cremer, P. Feng, Z., Bernhardt, R., Goto, Y., Seidel, D., Heene, D.L. & Schettler, G. (1991). Differences in the risk factor patterns for coronary heart disease in China, Japan, and Germany. *Klinische Wochenschrift*, 6 (14), 629-632.
- Stockford, K., Turner, H. & Cooper, M. (2007). Illness perception and its relationship to readiness to change in the eating disorders: a preliminary investigation. *British Journal of Clinical Psychology*, 46 (2), 139-154.
- Störk, D. F. (2002). *Einfluss psychosozialer Faktoren auf die Progression der koronaren Atherosklerose*. Dissertation zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin an der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität zu München. Retrieved April, 27, 2007 from [http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=966058178&dok\\_var=d1&dok\\_ext=pdf&filename=966058178.pdf](http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=966058178&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=966058178.pdf).
- Stompe, T., Friedman, A., Ortwein, G., Strobl, R., Chaudhry, H. R., Najam, N. & Chaudhry, M. R. (1999). Comparison of delusions among schizophrenics in Austria and in Pakistan. *Psychopathology*, 32 (5), 225-234.
- Streiner, D. L. (2005). Finding our way: an introduction to path analysis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50 (2), 115-122.
- Sturm, K. (2000). Ihre Heimat. Türken bei uns. In S. Schiele (Hrsg.), *Politik und Unterricht* (S. 5-10). Stuttgart: Landeszentrale für politische Bildung.
- Süllwold, F. (1995). *Das Hypochondrie-Hysterie-Inventar* (1. Auflage). Göttingen: Hogrefe.

- Suls, J. & Bunde, J. (2005). Anger, anxiety, and depression as risk factors for cardiovascular disease: the problems and implications of overlapping affective dispositions. *Psychological Bulletin*, 131 (2), 260-300.
- Taleb, M., Rouillon, F., Petitjean, F. & Gorwood, P. (1996). Cross-Cultural study of schizohrenia. *Psychopathology*, 29 (2), 85-94.
- Tan, M. & Karabulutlu, E. (2005). Social support and hopelessness in Turkish patients with cancer. *Cancer Nursing*, 28 (3), 236-240.
- Tateyama, M, Asai, M., Hashimoto, M., Bartels, M. & Kasper, S. (1998). Transcultural study of schizophrenic delusions. Tokyo versus Vienna and Tübingen (Germany). *Psychopathology*, 31 (2), 59-68.
- Tateyama, M., Asai, M., Kamisada, M., Hashimoto, M., Bartels, M. & Heimann, H. (1993). Comparison of schizophrenic delusions between Japan and Germany. *Psychopathology*, 26 (3-4), 151-158.
- Taylor, S. E., Sherman, D. K., Kim, H. S., Jarcho, J., Takagi, K. & Duna-gan, M. S. (2004). Culture and social support: who seeks it and why? *Journal of Personality and Social Psychology*, 87 (3), 354-362.
- Teja, J.S., Narang, R.L. & Aggarwal. A. K. (1971). Depression across cul-tures. *British Journal of Psychiatry*, 119 (550), 253-260.
- Terry, D. (1992). Stress, coping and coping resources as correlates of ad-aptation in myocardial infarction patients. *British Journal of Clinical Psy-chology*, 31, 215-225.
- Thakker, J. & Ward, T. (1998). Culture and classification: the cross-cultural application of the DSM-IV. *Clinical Psychology Review*, 18 (5), 501-529.
- Thalheimer, P. (2003). Migration und Integration am Beispiel der Türkei. In der Schriftenreihe des Bundesamtes für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge (Hrsg.), *Migration, Flüchtlinge und Integration*. (Bd. 10) (S. 75 – 120). Nürnberg.
- Thurm-Mussgay, I. (1990). *Krankheitsverarbeitung Schizophrener- Die Anwendung des Coping- Konzepts auf die Schizophrenie*. Konstanz: Har-tung- Gorre.
- Titscher, G. & Schöppl, C. (2000). Die Bedeutung der Paarbeziehung für Genese und Verlauf der koronaren Herzkrankheit. In J. Jordan, B. Barde & A. M. Zeiher (Hrsg.), *Statuskonferenz Psychokardiologie*, Bd, 1. Frank-furt/M.:VAS.

- Tufan, B. (1998). Migration von Arbeitnehmern aus der Türkei (Prozesse der Migration und Remigration). In E. Koch, M. Özek, W.M. Pfeiffer & R. Schepker (Hrsg.), *Chancen und Risiken der Migration. Deutsch-türkische Perspektiven* (S. 38-51). Freiburg i. Br.: Lambertus. Seitenzahlen rausfinden!
- Turner, R. J. (1983). Direct, indirect and moderating effects of social support on psychological distress and associated conditions. In H. B. Kaplan (Ed.), *Psychosocial stress: trends in theory and research* (pp. 105-155). New York: Academic Press Inc..
- Turpin, G & Lader, M. (1986). Life events and mental disorder: biological theories of their mode of action. In H. Katschnig (Eds.), *Life events and psychiatric disorders: controversial issues* (pp. 32-62). Cambridge: Cambridge University Press.
- Uçar, A. (1990). Ausländerfeindlichkeit macht krank. In H. Kantenich, P. Reeg & K.-H. Wehkamp (Hrsg.), *Zwischen zwei Kulturen. Was macht Ausländer krank?* (S. 55-63) Frankfurt: Mabuse.
- Uitewaal, P.J.M., Goudswaard, A.N., Ubnik-Veltmaat, L.J., Bruijnzeels, M.A., Hoes, A.W. & Thomas, S. (2004). Cardiovascular risk factors in Turkish immigrants with type 2 diabetes mellitus: comparison with Dutch patients. *European Journal of Epidemiology*, 19 (10), 923-929.
- Uluşahin, A., Başoğlu, M. & Paykel, E. S. (1994). A cross-cultural comparative study of depressive symptoms in British and Turkish clinical samples. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29 (1), 31-39.
- Uluşahin & Uluğ (1997). Clinical and personality correlates of outcome in depressive disorders in a Turkish sample. *Journal of Affective Disorders*, 42 (1), 1-8.
- Vandenberg, R. J. (2002). Toward a further understanding of and improvement in measurement invariance methods and procedures. *Organizational Research Methods*, 5 (2), 139-158.
- Van de Vijver, F. & Hambleton, R.K. (1996) Translating tests: some practical guidelines. *European Psychologist* 1 (2): 89-99. Retrieved March, 11, 2004 from <http://gateway1.ovid.com/ovidweb.cgi>.

- Vandervoort, D. J. (2001). Cross-cultural differences in coping with sadness. *Current Psychology: Developmental, Learning, Personality, Social*, 20 (2), 147-153.
- Van Heck, G. L. & Vingerhoets, A. J. J. M. (1989). Stressverwerkingstijlen en persoonlijkheidskenmerken. *Nederlands Tijdschrift Voor De Psychologie*, 44, 73-87.
- Vendrig, A.A., Derksen, J.J.L. & de Mey, H.R. (2000). MMPI-2 personality psychopathology five (PSY-5) and prediction of treatment outcome for patients with chronic back pain. *Journal of Personality Assessment*, 74 (3), 423-438.
- Venkatraman, M.M. (1995). A cross-cultural study of the subjective well-being of married elderly persons in the United States and India. *Journal of Gerontology*, 50B (1), S35-S44.
- Vickers, A. J. (2001). The use of percentage change from baseline as an outcome in a controlled trial is statistically inefficient: a simulation study. *BMC Medical Research Methodology* 1:6. Retrieved January, 5, 2006 from <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/1/6>.
- Vingerhoets, A.J. & Van Heck, G.L. (1990). Gender, coping and psychosomatic symptoms. *Psychological Medicine*, 20 (1), 125-135.
- Vingerhoets, J. M. & Menges, L. J. (1989). Psychosocial load and symptoms: an inquiry into their relationship with coping styles. *Stress Medicine*, 5 (3), 189-194.
- Virta, E., Sam, D. L. & Westin, C. (2004). Adolescents with Turkish background in Norway and Sweden: A comparative study of their psychological adaptation. *Scandinavian Journal of Psychology*, 45 (1), 15-25.
- Vollrath, M. (2001). Personality and stress. *Scandinavian Journal of Psychology*, 42, 335-347.
- Vollrath, M. (2000). Personality and hassles among university students: a three-year longitudinal study. *European Journal of Personality*, 14, 199-215.
- Vollrath M., Torgersen, S. & Alnaes, R. (1998). Neuroticism, coping and change in MCMI-II clinical syndromes: test of a mediator model. *Scandinavian Journal of Psychology*, 39 (1), 15-24.

- Vollrath, M., Torgersen, S. & Alnaes, R. (1995). Personality as long-term predictor of coping. *Personality and Individual Differences*, 18 (1), 117-125.
- Von der Schulenburg, J.-M., Claes, C., Greiner, W. & Uber, A. (1998). Die deutsche Version des EuroQol-Fragebogens. The German version of the Euro-Qol Questionnaire. *Zeitschrift für Gesundheitswesen*, 6 (1), 3-20.
- Von Ferber, L., Köster, I. & Celayir- Erdogan, N. (2003). Türkische und deutsche Hausarztpatienten- Erkrankungen, Arzneimittelerwartungen und Verordnungen. *Gesundheitswesen*, 65, 304-311.
- Von Vossel, G. (1989). Kritische Lebensereignisse und Krankheit: Ansätze, Befunde und Versäumnisse. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychopathologie, Psychotherapie*, 37 (3), 341-355.
- Wagemann, G. (2005). *Verständnis fördert Heilung. Der religiöse Hintergrund von Patienten aus unterschiedlichen Kulturen. Ein Leitfaden für Ärzte, Pflegekräfte, Berater und Betreuer*. Forum Migration, Gesundheit, Integration. (Band 3). Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung (VWB).
- Wahass, S. & Kent, G. (1997). A comparison of public attitudes in Britain and Saudi Arabia towards auditory hallucinations. *International Journal of Social Psychiatry*, 43 (3), 175-183.
- Wahrlich, H. (2002). *Interkulturelle Kommunikation. Die wortlose Sprache im Kulturkontakt*. Referat auf der IAKM-Studienwoche 2002. Retrieved January 16, 2008 from <http://www.nibis.de/~iakm/Materialien/wahrlich.pdf>
- Waitzkin, H. & Magaña, H. (1997). The black box in somatization: unexplained physical symptoms, culture, and narratives of trauma. *Social Science & Medicine*, 45 (6), 811-825.
- Wang, W., Cao, M., Zhu, S., Gu, J., Liu, J. & Wang, Y. (2002). Zuckerman-Kuhlman's personality questionnaire in patients with major depression. *Social Behavior and Personality*, 30 (8), 757-764.
- Wang, H.-X., Leineweber, C., Kirkeeide, R., Svane, B., Schenck-Gustafsson, K., Theorell, T. & Orth-Gomér, K. (2007). Psychosocial stress and atherosclerosis: family and work stress accelerate progression of coronary disease in women. The Stockholm Female Coronary Angiography Study. *Journal of Internal Medicine*, 261, 245-254.

- Watson, D. & Hubbard, B. (1996). Adaptational style and dispositional structure: Coping in the context of the Five-Factor Model. *Journal of Personality*, 64 (4), 737-775.
- Watson, D.C. & Sinha, B.K. (1998). Gender, age, and cultural differences in the Defense Style Questionnaire-40. *Journal of Clinical Psychology*, 54 (1), 67-75.
- Weinman, J. & Petrie, K.J. (1997). Illness Perceptions: A new paradigm for psychosomatics? *Journal of Psychosomatic Research*, 42 (2), 113-116.
- Weiss, M. (2005). Cultural comments on somatoform and dissociative disorders: II. In J.E. Mezzich, A. Kleinman, H. Fabrega & D. L. Parron (eds.), *Culture and psychiatric diagnosis. A DSM-IV perspective* (pp. 159-161). Washington: American Psychiatric Press.
- Welin, C., Lappas, G. & Wilhelmsen (2000). Independent importance of psychosocial factors for prognosis after myocardial infarction. *Journal of Internal Medicine*, 247, 629-639.
- Wesselmann, E. (2002). *Kranksein in der Fremde. MigrantInnen in der Gesundheitsversorgung. Manual Psychoonkologie*. Tumorzentrum München. pp. 40 – 44.
- Whaley, A. L. (1998). Cross-cultural perspective on paranoia: a focus on the black American experience. *Psychiatric Quarterly*, 69 (4), 325-343.
- WHO (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10. Kapitel V (F). Klinisch diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber
- Whooley, M.A. (2006). Depression and cardiovascular disease. Healing the broken-hearted. *JAMA*, 285, 2874-2881.
- WHOQOL Group (1996). *WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment*. Geneva: WHO.
- WHOQOL Group (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-559.
- Wiegand, M. & Matussek, P. (1991). Vorstellungen depressiver Patienten über die Ursachen ihrer Erkrankung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 41, 199-205.
- Wigers, S. H. (1996). Fibromyalgia outcome: the predictive values of symptom duration, physical activity, disability pension, and critical life

- events- a 4.5 year prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 41 (3), 235-243.
- Wildes, J. E., Harkness, K. L. & Simons, A.D. (2002). Life events, number of social relationships, and twelve-month naturalistic course of major depression in a community sample of women. *Depression and Anxiety*, 16 (3), 104-113.
  - Willett, J. B. (1989). Questions and answers in the measurement of change. In E. Z. Rothkopf (Ed.). *Review of Research in Education*, v15 (pp.345-422). Washington, D.C.: AERA.
  - Willett, J. B. (1994). "Measurement of change,". In T. Husen & T. N. Postlethwaite (Eds.). *The International Encyclopedia of Education*, 2nd edition (pp. 671-678). Oxford, UK: Pergamon Press.
  - Williams R. (1958). *Moving from high culture to ordinary culture*. In N. McKenzie (ed.). *Convictions*. London: MacGibbon and Kee
  - Williams, L. J., Edwards, J. R. & Vandenberg, R. J. (2003). Recent advances in causal modeling methods for organizational and management research. *Journal of Management*, 29 (6), 903-936.
  - Wimmer- Puchinger, B. & Baldaszi, E. (2001). Migrantinnen im Gesundheitssystem: Inanspruchnahme, Zugangsbarrieren und Strategien zur Gesundheitsförderung. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 113 (13-14), 516-526.
  - Wössmer, B. & Sleptsova, M. (2005). Kognitive Verhaltenstherapie bei türkischsprachigen Patienten mit chronischen Schmerzen des Bewegungsapparates. *Schweizerisches Medizinisches Forum*, 5, 826-831.
  - Wohlfahrt, E. (2007). Reflektierte Integration- Transkulturelle Denkbewegungen. *Psychiatrische Praxis*, 34: 317-319.
  - Wolfersdorf, M., Durant, W. & Hösch, S. (1999). Psychisch kranke Ausländer als Patienten im psychiatrischen Fachkrankenhaus. *Psycho*, 25, 82-95.
  - Wudi, M. (2007). *Psychosoziale Folgen der Migration für die MigrantInnen sowie Marginalisierung von MigrantInnen im Aufnahmeland*. Hausarbeit im Oberseminar „Migration und Integration“. Geographisches Institut der Georg-August- Universität. Retrieved January 15, 2008 from [http://www.dreipage.de/userdaten3/004110/01/download/psychosoziale\\_fo](http://www.dreipage.de/userdaten3/004110/01/download/psychosoziale_fo)



[Ungen der migration fuer die migrantinnen sowie marginalisierung von migrantinnen im aufnahmeland - m.wudi.pdf](#)

- Yildirim-Fahlbusch, Y. (2003). Türkische Migranten: Kulturelle Missverständnisse. *Deutsches Ärzteblatt*, 100 (18), S-1179/ B-993/ C-928.
- Wulsin, L. R., Evans, J. C., Vasan, R. S., Murabito, J.M., Kelly-Hayes, M. & Benjamin, E.J. (2005). Depressive symptoms, coronary heart disease, and overall mortality in the Framingham Heart Study. *Psychosomatic Medicine*, 67, 697-702.
- Zeidner, M. & Saklofske, D. (1996). Adaptive and maladaptive coping. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping theory, research, applications* (pp. 505-531). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Zeiler, J. (1997). Psychiatrische Diagnostik bei Migranten. Typische Fehlerquellen. *T & E Neurologie und Psychiatrie*, 11, 889-891.
- Zielke- Nadkarni, A. (1999). Krankheits-, Gesundheits- und Pflegeverständnis türkischer Migrantinnen. *Pflege*, 12, 283-288.
- Zielke- Nadkarni, A. (2001). Gesundheits- und Krankheitskonzepte. In D. Domenig (Hrsg.), *Professionelle Transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe* (S. 123-136). Bern: Verlag Hans Huber.
- Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G. & Farley, G.K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52 (1), 30-41.
- Zlotnick, C., Shea, M.T., Pilkonis, P.A., Elkin, I. & Ryan, C. (1996). Gender, type of treatment, dysfunctional attitudes, social support, life events, and depressive symptoms over naturalistic follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 153 (8), 1021-1027.



## 6. Anhangsverzeichnis

- **Anhang 1:** Visualisierte Antwortskalen
- **Anhang 2:** Aushang und Zeitungsanzeige zur Interviewerrekutierung
- **Anhang 3:** Trainingsmanual für Interviewer
- **Anhang 4:** Patienten-Informationsblatt über die Interviews
- **Anhang 5:** Einverständniserklärung für die Patienten
- **Anhang 6:** Ablauf der Befragung für Interviewer
- **Anhang 7:** Gießener Erhebungsbogen zu Krankengeschichte und psychosozialem Status (GEKS)
- **Anhang 8:** Modifizierte Version des Illness-Perception-Questionnaire IPQ-R-GI
- **Anhang 9 :** Screening für somatoforme Störungen SOMS
- **Anhang 10:** Frankfurter Akkulturationsskala FRAKK
- **Anhang 11:** Multidimensional Scale of Perceived Social Support MSPSS
- **Anhang 12:** Stressverarbeitungsfragebogen SVF-78
- **Anhang 13:** NEO Fünf-Faktoren-Inventar NEO-FFI
- **Anhang 14:** Fragebogen zu Migrationsbelastungen/ Belastungen
- **Anhang 15:** Ereignisliste

- **Anhang 16:** Patientenfragebogen zur Erfassung der Rehabilitationsmotivation/  
Behandlungsmotivation PAREMO (Skalenauswahl)
- **Anhang 17:** Brief Symptom Inventory BSI
- **Anhang 18:** Subjektive Lebensqualität: WHOQOL-BREF & EQ-5D
- **Anhang 19:** Fragebogen zur Patientenzufriedenheit mit der Behandlung ZUF-3 & der allgemeinen Lebenszufriedenheit (GLOZ)
- **Anhang 20:** Beschwerdebogen
- **Anhang 21:** Fragebögen für Arzteinschätzungen bezüglich der Patienten mit psychischen Erkrankungen (GAF, CGI, BSS, Behandlungsmotivation)
- **Anhang 22:** KHK-Patienten-Bogen (KHK-P-Bogen)
- **Anhang 23:** KHK-Arzt-Bogen (KHK-A-Bogen)
- **Anhang 24:** KHK-Bogen-Aktenblatt
- **Anhang 25:** Berechnungsformeln der Fit- Indizes
- **Anhang 26:** Itemzuordnungen zu den Skalen der Erhebungsinstrumente
- **Anhang 27:** Ergebnisse der t-Tests zu Unterschieden in krankheitsrelevanten Faktoren zwischen deutschen und türkischen Patienten
- **Anhang 28:** Auswertungen der offenen Fragen im IPQ-R-GI für

Patienten mit koronaren Herzerkrankungen

- **Anhang 29:** Auswertungen der Ursachenitems im IPQ-R-GI für Patienten mit koronaren Herzerkrankungen
- **Anhang 30:** Auswertungen der offenen Fragen im IPQ-R-GI für Patienten mit psychiatrischen Diagnosen
- **Anhang 31:** Auswertungen der Ursachenitems im IPQ-R-GI für Patienten mit psychiatrischen Diagnosen
- **Anhang 32:** Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalysen mit Messwiederholung zu Behandlungsergebnissen bei Patienten mit koronaren Herzerkrankungen
- **Anhang 33:** Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalysen mit Messwiederholung zu Behandlungsergebnissen bei Patienten mit psychiatrischen Diagnosen
- **Anhang 34:** Ergebnisse der Regressionsanalysen für Patienten mit koronaren Herzerkrankungen
- **Anhang 35:** Ergebnisse der Regressionsanalysen für Patienten mit psychiatrischen Diagnosen
- **Anhang 36:** Zusammenhänge der Ursachenitems des IPQ-R-GI mit Behandlungsergebnis-Parametern bei Entlassung t1
- **Anhang 37:** Zusammenhänge einzelner kritischer Lebensereignisse mit Behandlungsergebnis-Parametern bei Entlassung t1
- **Anhang 38:** Zusammenhänge einzelner (Migrations)Belastungen mit

Behandlungsergebnis-Parametern bei Entlassung t1

- **Anhang 39:** Ergebnisse der Pfadanalysen zum Stressverarbeitungs-Mediator-Modell
- **Anhang 40:** Ergebnisse der Pfadanalysen zum Behandlungsmotivations-Mediator-Modell
- **Anhang 41:** Ergebnisse der Pfadanalysen zum Stress-Modell
- **Anhang 42:** Ergebnisse der Pfadanalysen zum Akkulturations-Modell
- **Anhang 43:** Ergebnisse der Kovarianzanalysen mit den Kontrollvariablen: Schulabschluss, Berufsabschluss, Beschäftigungsstatus, Neurotizismus, Rentenwünsche und Migrationsbelastungen
- **Anhang 44:** Ergebnisse der Kovarianzanalysen mit den Kontrollvariablen bezüglich derer türkische Patienten signifikante Besonderheiten aufwiesen
- **Anhang 45:** Ergebnisse der Einzelregressionen zur Prädiktion von t1-Werten und Differenzwerten der Behandlungsergebnis-Parameter
- **Anhang 46 :** Zusammenfassende Darstellung der Varianzaufklärungen im Kontext der Einzelregressionen zur Prädiktion von Behandlungsergebnis-Parametern

**Der Lebenslauf wurde aus der elektronischen  
Version der Arbeit entfernt.**

**The curriculum vitae was removed from the  
electronic version of the paper.**

## **Erklärung**

Ich erkläre: Ich habe die vorgelegte Dissertation selbstständig, ohne unerlaubte fremde Hilfe und nur mit den Hilfen angefertigt, die ich in der Dissertation angegeben habe. Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nicht veröffentlichten Schriften entnommen sind, und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Bei den von mir durchgeführten und in der Dissertation erwähnten Untersuchungen habe ich die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der „Satzung der Justus-Liebig-Universität Gießen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ niedergelegt sind, eingehalten.

Claudia Lujic