

**Aus dem Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität zu
Lübeck Direktor: Prof. Dr. med. Alexander Katalinic**

**Versorgungserwartungen von Frauen und Männern mit
türkischem Migrationshintergrund in der Rehabilitation**

**Inauguraldissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Universität zu Lübeck
- Aus der Sektion Medizin –**

vorgelegt von Eda Arslan aus Berlin

Lübeck 2018

1. Berichterstatterin: Prof. Dr. phil. Ruth Deck

2. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Jürgen Koehler

Tag der mündlichen Prüfung: 10.04.2019

-Promotionskommission der Sektion Medizin -

Zum Druck genehmigt.

Lübeck, den 10.04.2019

Inhaltsverzeichnis

1. Hintergrund	4
1.1. Medizinische Rehabilitation in Deutschland	4
1.1.1. Die Rolle der Reha-Versorgung	4
1.1.2. Die Inanspruchnahme der Rehabilitation	6
1.2. Geschlechtsspezifische Aspekte in der Rehabilitation	9
1.3. Die Rolle der Genderproblematik bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund in Deutschland	12
1.4. Migrationssensible Angebote und Zugänge in der rehabilitativen Versorgung	14
1.5. Zielsetzung und Fragestellung	17
2. Methodik	18
2.1. Beschreibung der VeReMi-Studie	18
2.2. Rekrutierung	19
2.3. Datenerhebung	19
2.4. Leitfäden	20
2.5. Auswertung und Codebaum	22
2.6. Ethik und finanzielle Förderung	24
2.7. Eigenleistung	25
3. Ergebnisse	26
3.1. Beschreibung der Stichprobe	26
3.2. Unterschiede in der Versorgungserwartung von Frauen und Männern mit türkischem Migrationshintergrund	26
3.3. Hürden und Hindernisse in der Rehabilitation bei Frauen und Männern mit türkischem Migrationshintergrund	30
3.4. Unterschiede hinsichtlich der Zufriedenheit bei Frauen und Männern mit türkischem Migrationshintergrund	41
3.5. Verbesserungsvorschläge	65
4. Diskussion	69
4.1. Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse	69
4.2. Limitationen und Stärken der Studie	77
4.3. Fazit	78
5. Zusammenfassung	80
6. Literaturverzeichnis	82
7. Anhang	87
8. Danksagung	97
9. Lebenslauf	98

1. Hintergrund

1.1. Medizinische Rehabilitation in Deutschland

1.1.1. Die Rolle der Reha-Versorgung

Die medizinische Rehabilitation soll helfen, die Funktionalität eines kranken Menschen wiederherzustellen oder zu verbessern, so dass die Teilhabe in allen Lebensbereichen, vor allem am Leben in der Gesellschaft und am Arbeitsleben ermöglicht wird. Eine wichtige Aufgabe der Rehabilitation besteht darin, die betroffenen Patienten zu unterstützen, mit der Krankheit besser umzugehen, so dass die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erleichtert wird. Die Bewilligung einer medizinischen Rehabilitation hängt von bestimmten Voraussetzungen ab. Wenn die Erwerbsfähigkeit aufgrund von Krankheit oder Behinderung gefährdet ist und eine Rehabilitation die Gesundheit voraussichtlich wiederherstellen oder soweit stabilisieren kann, dass die betroffene Person wieder arbeiten kann, sind die persönlichen Voraussetzungen für eine medizinische Rehabilitation erfüllt. Hinzu kommen versicherungsrechtliche Voraussetzungen. Bei Antragstellung auf eine medizinische Rehabilitation müssen gewisse Mindestversicherungszeiten, diese werden als Wartezeit bezeichnet, nachgewiesen werden. Anspruchsrecht auf eine medizinische Rehabilitation haben Versicherte, die eine Wartezeit von 15 Jahren erfüllt haben oder eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder eine Witwenrente wegen Erwerbsminderung erhalten. Die Voraussetzungen werden auch erfüllt, wenn in den letzten zwei Jahren vor dem Antrag für sechs Monate Pflichtbeiträge für eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit gezahlt wurden oder innerhalb von zwei Jahren nach einer Ausbildung bis zum Antrag auf medizinische Rehabilitation eine versicherungspflichtige Beschäftigung ausgeübt wurde oder der Antragssteller nach einer Beschäftigung arbeitsunfähig oder arbeitslos war. Die Antragsstellung ist auch möglich, wenn die Person vermindert erwerbsfähig ist beziehungsweise dieser Zustand einzutreten droht, hierbei muss eine Wartezeit von fünf Jahren erfüllt sein [1].

Im Rahmen des Rehabilitationsprozesses werden, nachdem die Diagnostik zu körperlichen Funktionen und Einschränkungen der Aktivität erfolgt ist, ein individueller therapeutischer Rehabilitationsplan erstellt und Rehabilitationsziele festgelegt. Es wird ein aktives Mitwirken des Rehabilitanden gefordert, dabei soll mitunter ein Verständnis für die individuellen

Faktoren, die zu Krankheitsentstehung und -verlauf geführt beziehungsweise diesen verstärkt haben, geschaffen werden.

Der Rehabilitationsverlauf in der Reha Einrichtung wird dokumentiert, und die Ergebnisse werden unter Berücksichtigung des vorher erfassten Rehabilitationsziels festgehalten. Über das Erkennen und Behandeln von Krankheiten hinaus sollen Beeinträchtigungen in der Aktivität unter Berücksichtigung von Kontextfaktoren in Bezug auf die Person beschrieben werden. Individuell soll so der bestmögliche Rehabilitationserfolg im Sinne der Teilhabe am gesellschaftlichen und beruflichen Leben erreicht werden [2].

Die medizinische Rehabilitation stellt ein wichtiges Versorgungssystem zur Wiedereingliederung von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen in Alltag und Beruf dar. Es soll u.a. ein früherer Eintritt der Arbeitsfähigkeit und ein dauerhafter Einsatz am Arbeitsplatz gewährleistet werden [3]. Zwar lassen viele Erkrankungen, vor allem Multimorbiditäten, keine vollständige Integration in den Lebensalltag zu, die Aufgabe der Rehabilitation ist es jedoch, ein weitgehend selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Dabei sollen Funktionen in Familie, Beruf und Gesellschaft so weit wie möglich wieder ausgeübt werden können. Die Durchführung alltäglicher Aktivitäten soll ermöglicht und eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation erreicht werden. Bereits eingetretene Funktionsstörungen sollen reduziert und das Fortschreiten des Krankheitsprozesses aufgehalten werden. Dadurch soll dem Auftreten einer dauerhaften Benachteiligung in der Teilhabe in Rollen von Familie und Gesellschaft vorgebeugt werden. Bei drohender Minderung der Leistungs- beziehungsweise Erwerbsfähigkeit, soll die Teilhabe und Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit und damit die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben erreicht werden und einer später eintretenden Leistungsminderung präventiv vorgebeugt werden [4].

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind im neunten Buch des Sozialgesetzbuchs wie folgt festgehalten: „Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern [...]“ [5]. Die medizinische Rehabilitation ist auf chronifizierte Krankheitsverläufe ausgerichtet und ergänzt akutmedizinische-kurative Interventionen. Es werden übende und verhaltensändernde Maßnahmen angewendet. Sie kann stationär, teilstationär oder ambulant erfolgen. Die

Rehabilitation versteht sich als Hilfe zur Selbsthilfe. Der Betroffene soll dabei eine aktive Rolle im Rehabilitationsprozess einnehmen. Dies ist vor allem bei chronischen Erkrankungen eine wichtige Voraussetzung für einen nachhaltigen Rehabilitationserfolg. Ein wichtiges Element der medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen stellen deshalb Patientenschulungen dar, deren wesentliches Ziel die Vermittlung von Informationen über die Erkrankung und deren Therapie, sowie die Erhöhung von Selbstständigkeit und Compliance ist. Es sollen Fähigkeiten erlernt werden, die neu erlernte Verhaltensweisen in den Alltag integrieren [6].

1.1.2. Die Inanspruchnahme der Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation ist eine wichtige Säule der deutschen Gesundheitsversorgung und wird in spezialisierten und medizinisch qualifizierten Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt. Sie wird größtenteils durch die gesetzliche Rentenversicherung finanziert. Über die Hälfte der stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden von der Deutschen Rentenversicherung erbracht [7]. Weitere Leistungsträger sind die gesetzlichen Krankenversicherungen, die Träger der gesetzlichen Unfallversicherungen, die Bundesagentur für Arbeit, die landwirtschaftliche Alterskasse, die Träger der Kriegsopferversorgung / Kriegsopferfürsorge, die Träger der Jugendhilfe und die Träger der Sozialhilfe. Tabelle 1 fasst die Rehabilitationsträger, ihre Ziele und Leistungen zusammen [8].

Tabelle 1: Rehabilitationsträger, Ziele und Leistungen

Rehabilitationsträger	Ziele und Leistungen
Gesetzliche Rentenversicherung	Ziel: Vorzeitiges Ausscheiden der Versicherten aus dem Erwerbsleben vermeiden Leistungen: zur medizinischen Rehabilitation, Teilhabe am Arbeitsleben, unterhaltssichernde und andere Leistungen
Gesetzliche Krankenversicherung	Ziel: Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abwenden, mindern oder ausgleichen Leistungen: zur medizinischen Rehabilitation, unterhaltssichernde und andere Leistungen
Gesetzliche Unfallversicherung	Ziel: Wiedereingliederung nach Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten Leistungen: zur medizinischen Rehabilitation, Teilhabe am Arbeitsleben, Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, unterhaltssichernde und andere Leistungen

Tabelle 1 Fortsetzung: Rehabilitationsträger, Ziele und Leistungen

Bundesagentur für Arbeit	Ziel: Erwerbsfähigkeit behinderter Menschen erhalten o- der wiederherstellen Leistungen: zur Teilhabe am Arbeitsleben, unterhaltssichernde und andere Leistungen
Öffentliche Jugendhilfe	Ziel: Eingliederung seelisch behinderter Kinder und Ju- gendlicher Leistungen: zur medizinischen Rehabilitation, Teilhabe am Arbeitsleben, Teilhabe am Leben in der Gemein- schaft
Sozialhilfe	Ziel: Eingliederung behinderter Menschen in die Gesell- schaft Leistungen: zur medizinischen Rehabilitation, Teilhabe am Arbeitsleben, Teilhabe am Leben in der Gemein- schaft
Soziale Entschädigung bei Gesundheitsschäden	(Landesversorgungsämter/ Versorgungsämter) Ziel: Folgen erlittener Schädigung durch Krieg, Gewaltta- ten o.a. mildern Leistungen: zur medizinischen Rehabilitation, unterhaltssi- chernde und andere Leistungen (Kriegsopferversor- gung)
Soziale Entschädigung bei Gesundheitsschäden	(Hauptfürsorgestellen/ Fürsorgestellen) Ziel: Folgen erlittener Schädigung durch Krieg, Gewaltta- ten o.a. mildern Leistungen: ergänzende Hilfen im Einzelfall (Kriegsopferfürsorge)

Bei der Deutschen Rentenversicherung gingen 2016 mehr als 1,6 Millionen Reha-Anträge ein. Dabei wurden 84% der Rehabilitanden in den ersten zwei Jahren nach ihrer Rehabilitation wieder erwerbsfähig. Im Durchschnitt befinden sich Rehabilitanden 28 Tage in der stationären medizinischen Rehabilitation. Schließt man die Reha-Leistungen wegen psychischer und neurologischer Erkrankungen und die Suchterkrankungen aus, die eine längere Therapie erfordern, so dauerte die durchschnittliche stationäre Rehabilitation 22-24 Tage [9]. Abbildung 1 zeigt das Krankheitsspektrum stationärer medizinischer Rehabilitation aus dem Jahr 2015 [10].

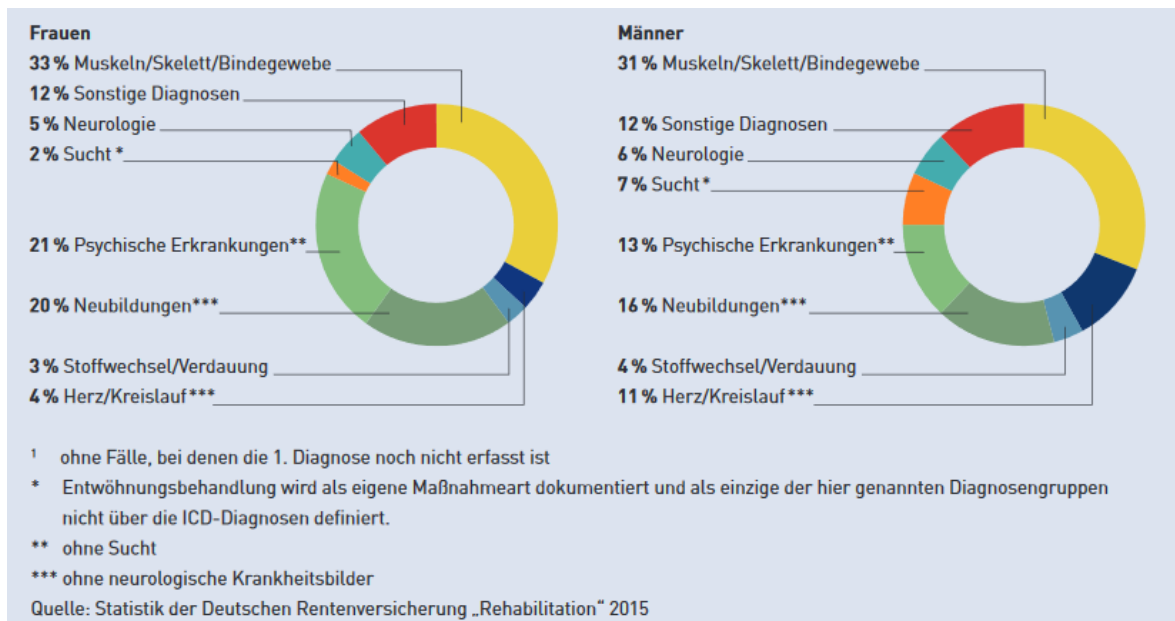


Abbildung 1: stationäre medizinische Rehabilitation: Krankheitsspektrum¹
(Anteile Reha-Leistungen in %)

Wohlstand und eine hohe Lebensqualität in jedem Lebensalter rangieren hoch in unserer Wertevorstellung. Betrachtet man die demographische Entwicklung, so zeichnet sich eine Verschiebung der Altersstruktur hin zu einer immer älteren Bevölkerung ab. Im Jahr 2030 werden voraussichtlich 37% der Einwohner in Deutschland zu den über 60-Jährigen zählen [11]. In den oberen Altersklassen lässt sich erkennen, dass Frauen und Männer ein höheres Lebensalter erreichen.

Somit steigen auch der Anteil der Pflegebedürftigen, die Zahl der Patienten in Krankenhäusern und in den jeweiligen Anschlussheilbehandlungen und Rehabilitationen, wodurch ein Anstieg der Kosten im Gesundheitssystem erwartet wird. Die medizinische Rehabilitation wird für den Erhalt der Gesundheit und Berufsfähigkeit eine immer größere Rolle spielen, da durch sie viele Beeinträchtigungen durch chronische Erkrankungen gelindert werden können [12]. Abbildung 2 zeigt den Altersaufbau der Bevölkerung aus dem Jahr 2013 im Vergleich zu 1990 [13].

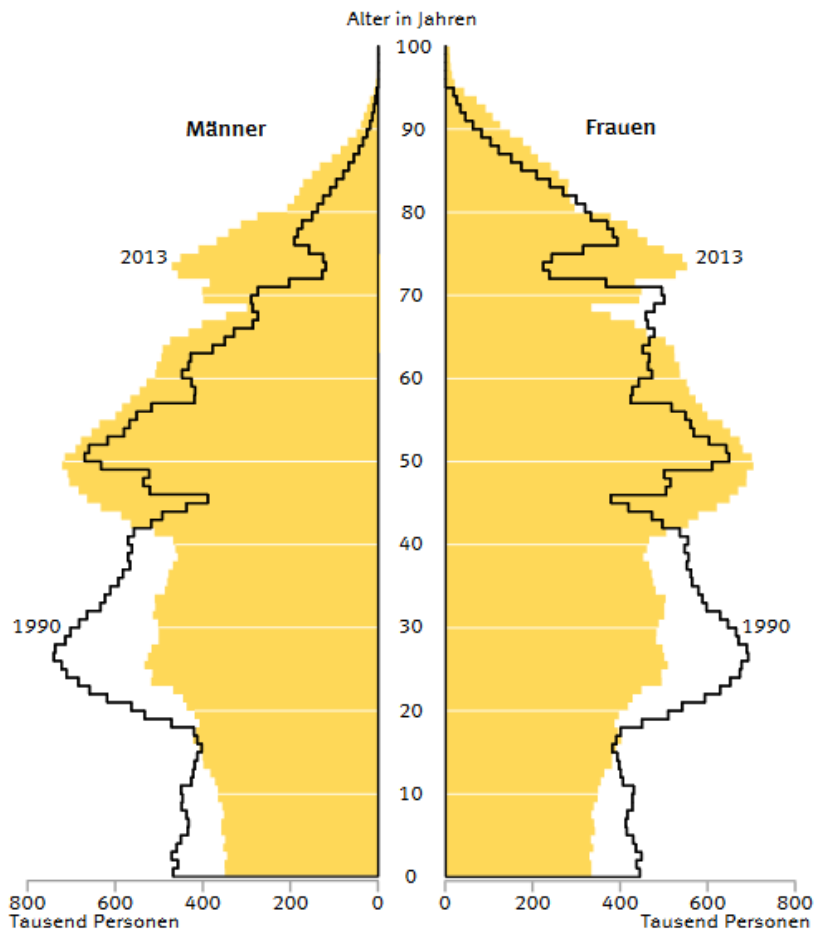


Abbildung 2: Altersaufbau der Bevölkerung 2013 im Vergleich zu 1990

Bei allen betrachteten Diagnosegruppen steigt die Inanspruchnahme der medizinischen Rehabilitation mit dem Alter. Das Durchschnittsalter von Frauen und Männern, die 2016 eine medizinische Rehabilitation abgeschlossen haben, lag bei 53 Jahren.

1.2. Geschlechtsspezifische Aspekte in der Rehabilitation

Die Inanspruchnahme von medizinischen Rehabilitationsleistungen unterscheidet sich zwischen Frauen und Männern in Deutschland. Hierbei spielt die geschlechtsspezifische Prävalenz der Krankheiten eine große Rolle. Zum Beispiel weisen Männer häufiger Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Abhängigkeitserkrankungen auf, während Frauen wesentlich häufiger als Männer Rehabilitationsleistungen nach Krebserkrankungen und psychosomatischen Erkrankungen in Anspruch nehmen. Die Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen weist also in der Indikation deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede auf [14]. Abbildung 3 und 4 zeigen die altersspezifische Inanspruchnahme bei Frauen und Männern in der medizinischen Rehabilitation im Jahr 2016 [9].

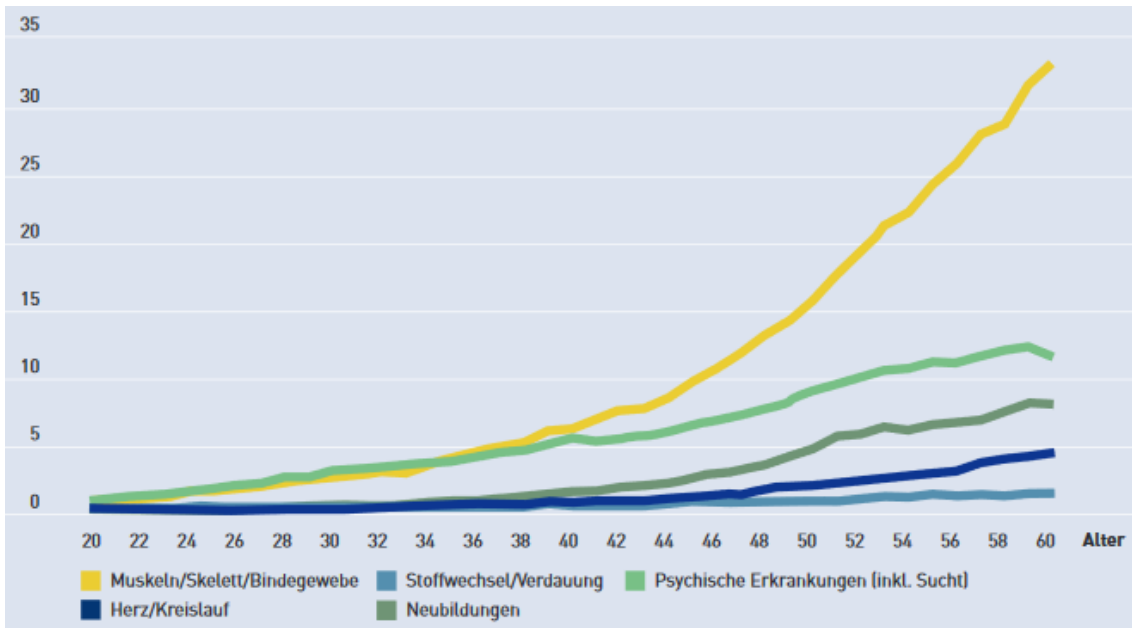


Abbildung 3: medizinische Rehabilitation: altersspezifische Inanspruchnahme bei Frauen 2016 (Anzahl abgeschlossener Reha-Leistungen pro 1.000 Versicherte)

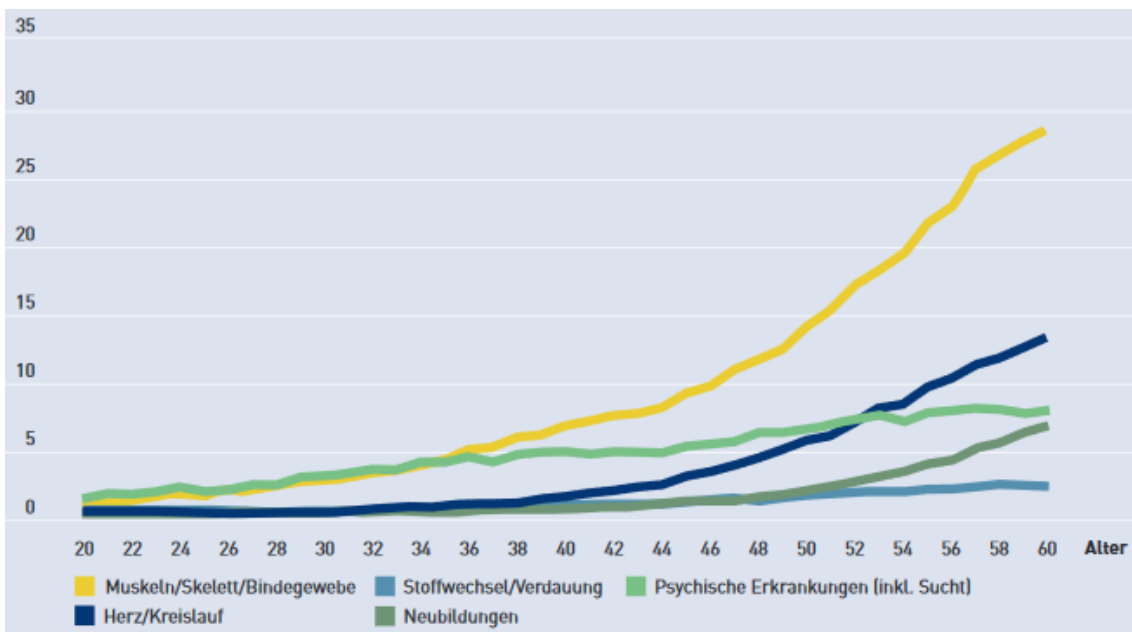


Abbildung 4: medizinische Rehabilitation: altersspezifische Inanspruchnahme bei Männern 2016 (Anzahl abgeschlossener Reha-Leistungen pro 1.000 Versicherte)

Frauen und Männer unterscheiden sich in ihren Rollen und Verantwortungsbereichen, die ihnen von der Gesellschaft bezüglich ihrer Position in der Familie und Gesellschaft zugeschrieben werden. So spielt das Geschlecht durch den Einfluss von geschlechtsspezifischen Rollenerwartungen und Moralvorstellungen im Zusammenhang mit der Gesundheit bei der Entstehung von Krankheiten eine bedeutende Rolle. Neben genetischen Faktoren beeinflussen auch verhaltensbedingte, psychische und soziale Faktoren das Risikoverhalten und

die Entstehung von Krankheiten, sowie deren Diagnose und Therapie. Die Geschlechtszugehörigkeit stellt jedoch nur eine von mehreren Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Frauen und Männern dar. Weitere wichtige Variablen sind das Alter, der Bildungsgrad und sozioökonomische Status und Ethnizität [15]. So sind vor allem Frauen mit niedrigem sozioökonomischen Status deutlich mehr von gesundheitlichen Einschränkungen in ihrer Alltagsbewältigung betroffen als Frauen mit hohem sozioökonomischen Status. Für viele chronische Krankheiten wurde beobachtet: Je niedriger der sozioökonomische Status, desto höher das Erkrankungsrisiko. Bei beiden Geschlechtern treten Krankheiten wie Herzinfarkt und Schlaganfall, Lungen- und Magenkrebs, Diabetes mellitus und andere Stoffwechselstörungen und degenerative Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems häufiger bei Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status auf. Auch psychische Störungen sind hier stärker verbreitet. Umgekehrt gibt es wenige Krankheiten, die sich bei Menschen mit einem höheren sozioökonomischen Status häufiger beobachten lassen [16, 17]. Dazu gehören vor allem allergische Erkrankungen, außerdem deuten Studien daraufhin, dass Frauen mit hohem Sozialstatus häufiger an Brustkrebs erkranken [18]. Die häufigeren Gesundheitsprobleme und das höhere Krankheitsrisiko spiegeln sich in einer erhöhten früheren Sterblichkeit sozial benachteiligter Gruppen wider [19].

In der Geschlechterdifferenz haben beispielsweise Frauen ein höheres Risiko, an Depressionen zu erkranken als Männer. Hingegen treten Alkoholabhängigkeit und Suizide häufiger bei Männern auf. Frauen erkranken häufiger an chronischen Krankheiten wie Arthritis, Schilddrüsenerkrankungen, Gallenblasenerkrankungen, während Männer häufiger von akuten und lebensbedrohlichen Krankheiten, wie Arteriosklerose, koronarer Herzkrankheit, Lungenemphysem, Leberzirrhose oder Aids betroffen sind. Eine Rolle bei der Erklärung der unterschiedlichen Krankheitsrisiken spielen Geschlechterunterschiede im Risikoverhalten, etwa beim Rauchen oder dem Alkoholkonsum, und zudem im Präventionsverhalten. Die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen und ärztlicher Hilfe sowie eigene Vorsorge, zum Beispiel durch gesunde Ernährung, werden auch von Geschlechterrollen beeinflusst. Frauen nutzen medizinische Dienstleistungen häufiger als Männer, und zwar nicht nur zu kurativen, sondern auch zu präventiven Zwecken [20].

Frauen erbringen den Großteil der Kinderbetreuung und Haushaltsführung, wodurch familiäre Sorgen bei Frauen häufig eine Barriere für die Inanspruchnahme von medizinischen

Reha-Maßnahmen sind [21]. Daher zögern Frauen, wenn sie Schwierigkeiten bei der Familienbetreuung befürchten, häufiger, einen Reha-Antrag zu stellen als Männer [22]. Darüber hinaus zeigen sich in der Rehabilitation unterschiedliche Erwartungen zwischen den Geschlechtern. So stehen bei Männern eher berufsbezogene Erwartungen im Vordergrund, während Frauen sich von der Rehabilitation mehr Erholung und Abstand von Alltagsbelastungen erhoffen [23].

Auch gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede beim Erfolg von Reha-Maßnahmen, wie eine Studie bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen ergab. Während die Schmerzintensität und Angstsymptomatik im Laufe der Rehabilitation bei beiden Geschlechtern abnahm, wiesen die Frauen stets einen höheren Schmerz- und Angstwert als die untersuchten Männer auf. Auch der selbst eingeschätzte Gesundheitszustand war bei Frauen zu Beginn der Rehabilitation schlechter als bei Männern. Zwar wiesen die Frauen zu Beginn der Studie häufiger depressive Symptome auf als die Männer, diese nahmen im Laufe der Rehabilitation allerdings stärker ab als bei den Männern. Faktoren, die sich positiv auf die Verringerung der Schmerzen auswirkten, waren bei Männern der Grad des Schulabschlusses, ein günstiger Body-Maß-Index und eine geringe Zahl von Komorbiditäten. Bei Frauen wirkte sich eine pessimistische Erwartungshaltung negativ auf die Schmerzreduktion und den Reha-Erfolg aus. Das Erlernen eines besseren Umgangs mit den Schmerzen führte bei den Frauen, im Gegensatz zu den Männern, zu einer Verringerung der Schmerzen in Follow-up Untersuchungen. Dies zeigt, dass die Prädiktoren für die Schmerzveränderung und den Reha-Erfolg je nach Geschlecht variieren und eine geschlechtersensible Identifizierung von Risikofaktoren zu Beginn der Rehabilitation sinnvoll wäre, um einen längerfristigen Rehabilitationserfolg zu erzielen [24].

1.3. Die Rolle der Genderproblematik bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund in Deutschland

Patienten mit türkischem Migrationshintergrund, die in den sechziger Jahren als „Gastarbeiter“ nach Deutschland kamen, werden immer älter und ihr Bedarf an rehabilitativer Versorgung steigt mit zunehmendem Alter. Personen mit türkischem Migrationshintergrund gehören seit vielen Jahren zum festen Alltag im deutschen Gesundheitssystem. Gegenwärtig liegt die Anzahl türkischstämmiger Menschen in Deutschland bei knapp drei Millionen, 47,8% davon sind Frauen [25]. Im Durchschnitt weisen Menschen mit

Migrationshintergrund in Deutschland ungünstigere Rehabilitationsergebnisse auf als der Durchschnitt der Bevölkerung [26, 27, 28]. Bei türkischen Rehabilitandinnen ist das Risiko, keine gesundheitliche Verbesserung durch die Rehabilitation zu erzielen, ungefähr eineinhalbmal so hoch wie bei nicht-türkischen Rehabilitandinnen [29].

Menschen mit Migrationshintergrund sind öfter verheiratet und haben vergleichsweise mehr Kinder als deutsche Familien. Im Jahr 2009 hatten 28% der in Deutschland lebenden Familien mit minderjährigen Kindern einen Migrationshintergrund, wobei 21% ursprünglich aus der Türkei kamen [30].

Die Rollenverteilung in der Familie unterscheidet sich bei vielen Familien mit türkischem Migrationshintergrund. Den Gedanken, dass Männer den Kindern die Geborgenheit einer Mutter geben können, lehnen Mütter mit türkischem Migrationshintergrund oft ab. Väter nehmen häufig die dominante Rolle des Familienvertreters ein und beteiligen sich an familiären Aufgaben, wie Arztbesuchen und Elternabenden, auch weil sie oft über bessere Deutschkenntnisse verfügen als die Mütter. Frauen mit türkischem Migrationshintergrund sehen in ihrer Vorstellung einer traditionellen Mutterrolle keinen Widerspruch zu der einer selbstständig lebenden Frau, wobei eine Berufstätigkeit wichtig für die Lebenserfüllung der Frauen ist [31]. Trotzdem scheinen Frauen mit türkischem Migrationshintergrund anfälliger für depressive Erkrankungen zu sein. Junge türkische Frauen begehen doppelt so häufig Suizide wie ihre deutschen Altersgenossinnen [32, 33]. Depressive Symptome werden unter anderem durch fehlende Bindungen in das Land der Immigration, aber auch aus der verlorenen Bindung zum Herkunftsland und dem Verlust der eigenen Identität erklärt. Diskriminierung, Ausgrenzung und Ausbeutung stellen weitere längerfristige Gesundheitsrisiken dar [34].

Die zweite Generation der türkischen Rehabilitanden, also die Kinder der in den 1960er Jahren vor allem als Gastarbeiter nach Deutschland migrierten Türken, zeigt bereits Einflüsse und Vermischung der eigenen Kultur mit der Kultur der neuen „Heimat“, Deutschland. Zwischen den Geschlechtern zeigt sich jedoch eine Diskrepanz, Töchter aus Familien mit türkischem Migrationshintergrund haben häufiger egalitäre Wertvorstellungen als ihre Mütter. Im Gegensatz dazu weisen Söhne ähnlich konservative Wertvorstellungen wie ihre Väter auf. So findet sich als Konsequenz eine „Generationslücke“ zwischen

Müttern mit türkischem Migrationshintergrund und ihren Töchtern, weniger jedoch zwischen Vätern und Söhnen [35].

Bei Migranten bestehen zusätzliche Barrieren wie kulturell bedingte unterschiedliche Krankheitsvorstellungen, Sprachprobleme oder Diskriminierung durch das medizinische Personal. In der Gruppe der Migranten kann die Wirkung sozialer Faktoren und des Geschlechts, neben diesen anderen Barrieren, einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit haben.

1.4. Migrationssensible Angebote und Zugänge in der rehabilitativen Versorgung

Türkische Patienten sind häufiger als deutsche von chronischen Erkrankungen betroffen, wobei sie im Vergleich zu Deutschen im Durchschnitt zehn Jahre früher erkranken. Vor allem degenerative Erkrankungen und koronare Herzkrankheiten treten gehäuft auf, aber auch psychosomatische Erkrankungen spielen bei Patienten mit türkischem Migrationshintergrund eine große Rolle [36].

Ältere Patienten mit türkischem Migrationshintergrund nehmen durch vorhandene Sprachprobleme Gesundheitsleistungen häufig nicht in Anspruch und suchen eher Hilfe im sozialen Umfeld und in der Familie. Außerdem besteht das Gefühl, Fachkräfte wüssten zu wenig über die türkische Kultur. Häufig werden auch „fehlende Informationen über das Gesundheitssystem“ und „fehlende Kenntnisse bezüglich bestehender Angebote“ als Grund für die Nicht-Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen genannt [37].

Leistungen der medizinischen Rehabilitation, der stationären und ambulanten Psychotherapie werden von türkischen Rehabilitanden im Vergleich zum Durchschnitt der Bevölkerung in Deutschland seltener genutzt [38]. Zudem nehmen Patienten mit Migrationshintergrund Rehabilitationsleistungen erst später und in einem schon stark chronifiziertem Zustand wahr und werden durch präventive Angebote schlechter erreicht [39]. Körperlich belastende Arbeitsbedingungen mit höheren Arbeitsunfall-, Berufskrankheiten- und Erwerbsminderungsquoten und unzureichende Sprachkenntnisse sowie dadurch entstehende Kommunikations- und Informationsdefizite tragen zu einem schlechteren Gesundheitszustand von Menschen mit Migrationshintergrund bei. Türkische Beschäftigte sind deutlich stärker von Arbeitsunfällen betroffen als deutsche Beschäftigte. In den Jahren 1999 und 2000 zeigte sich eine Häufung von tödlichen Arbeitsunfällen. Ausländische Beschäftigte

verrichten häufiger Tätigkeiten, die mit einem erhöhten Unfallrisiko einhergehen, zum Beispiel Tätigkeiten mit beweglichen Arbeitsgeräten im Baugewerbe, im Verkehrswesen oder in der Landwirtschaft und verarbeitender Industrie. Zwischen 1995 und 2000 war ihr Anteil an den anerkannten Berufskrankheiten bei türkischen Beschäftigten doppelt so hoch wie ihr Anteil an den Beschäftigten. Somit sind türkische Arbeitnehmer in Deutschland höheren berufsbezogenen Gesundheitsbelastungen ausgesetzt [32]. Abbildung 5 zeigt das Anteilsverhältnis der jeweiligen Bevölkerungsgruppe an anerkannten Berufskrankheiten von 1995 bis 2000 [32].

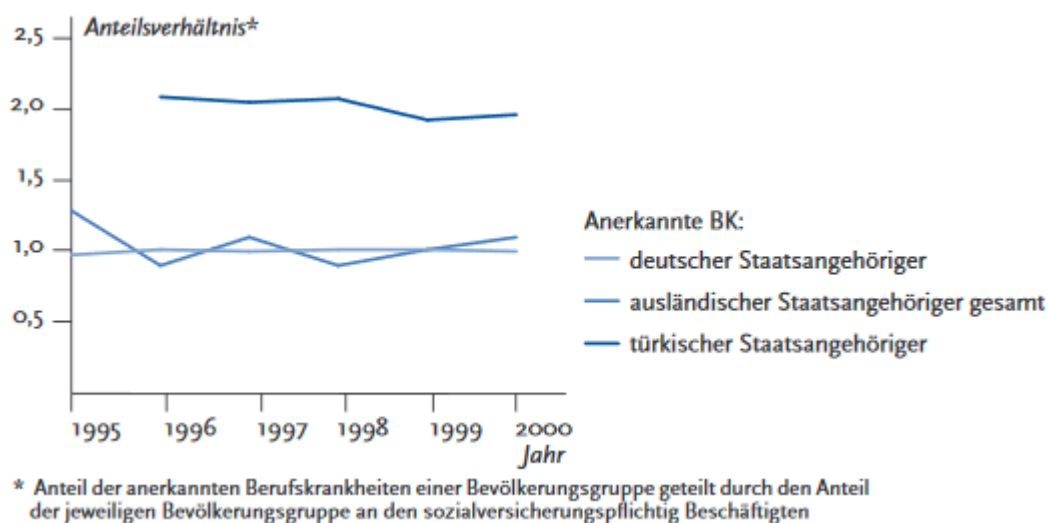


Abbildung 5: Anteilsverhältnis der jeweiligen Bevölkerungsgruppe an anerkannten Berufskrankheiten (BK), 1995 bis 2000

Eine adäquate rehabilitative Versorgung ist deshalb bei dieser Gruppe zur Wiederherstellung der Gesundheit und der Vorbeugung von Folgeschäden sehr wichtig. Unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung wird in den kommenden Jahren die Relevanz von rehabilitativen Angeboten für türkische Migranten wachsen und der Bedarf an wirksamen Angeboten größer werden [40].

In Deutschland stehen bislang nur wenige Studien über die gesundheitliche Situation in der Rehabilitation von türkischen Migranten zur Verfügung. Da es nur wenige Studien gibt, die sich mit dem Thema Rehabilitation und Migration auseinandersetzen, ist es schwierig die Hintergründe für die schlechteren Rehabilitationserfolge von Rehabilitanden mit türkischem Migrationshintergrund zu erforschen und nachzuvollziehen. Mehrere Studien weisen bereits daraufhin, dass der sprachliche und kulturelle Hintergrund einen Einfluss auf

die Kommunikation und Interaktion, zum Beispiel mit dem Arzt, während des Behandlungsprozess nimmt [37, 41, 42].

In einigen Bereichen gibt es bereits Ansätze von migrationssensiblen Angeboten in der rehabilitativen Versorgung. Vor allem in der psychosomatischen Rehabilitation werden bereits Behandlungen in türkischer Sprache angeboten und dort besteht ein Therapieansatz, der migrationsspezifische Aspekte in der Behandlung berücksichtigt. So wird auf mehreren Webseiten von Rehakliniken damit geworben, auf den Bedarf von türkischstämmigen Rehabilitanden einzugehen und hierfür spezifische Behandlungsstrukturen zu schaffen, die vor allem kulturelle Besonderheiten berücksichtigen [43, 44].

Einige Rehakliniken bieten ihre Informationen zum Therapieangebot in türkischer Sprache an [45]. Maßnahmen und Strategien für migrationssensible Angebote in der Gesundheitsversorgung fehlen jedoch in vielen Bereichen. Um die Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund zu verbessern, ist eine nutzerorientierte Versorgungspraxis erforderlich. Hierbei müssen auch die Zugangsbarrieren zur Rehabilitation, die im komplexen deutschen Versorgungssystem leicht entstehen können, gesenkt werden. Kulturspezifische Schulungsangebote und Informationsmaterialien in den Sprachen der größten Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund, die eine bedürfnisgerechte Versorgung in Gesundheitseinrichtungen ermöglichen, fehlen oftmals. Es wird auch ein differenzierterer Umgang des medizinischen Fachpersonals mit Patienten mit Migrationshintergrund empfohlen [46]. Im Hinblick auf ihre Gesundheit und Anforderungen muss Menschen mit Migrationshintergrund besser gerecht geworden werden, als dies im klassischen Gesundheitsmanagement momentan der Fall ist [47].

Auch hinsichtlich der Genderproblematik bei türkischen Migranten zeigt sich ein weiterer Forschungsbedarf. Vor allem die Auseinandersetzung mit dem Aspekt der Zugangsbarrieren zur Rehabilitation ist wichtig, um die Ursachen eines schlechteren Reha-Erfolges zu ermitteln. Hierbei spielen Themen wie die Geschlechterrollen, Sprachbarrieren, Informationsdefizite, kulturelle und religiöse Einflüsse, zum Beispiel auf das Krankheitsverständnis, und Wertevorstellungen eine wichtige Rolle und müssen weiter untersucht werden [48].

1.5. Zielsetzung und Fragestellung

Bislang gibt es keine Studien, die geschlechtsspezifische Unterschiede zu den Versorgungserwartungen in der Rehabilitation bei Rehabilitanden mit Migrationshintergrund untersucht haben. Es ist zu vermuten, dass geschlechtsspezifische Unterschiede in der Inanspruchnahme und der Zufriedenheit sowie den Erwartungen an die Rehabilitation auch bei Rehabilitanden mit Migrationshintergrund auftreten, vielleicht sogar ausgeprägter als bei Rehabilitanden ohne Migrationshintergrund, da zum Beispiel der familiäre Zusammenhalt hier eine wichtigere Rolle spielt. Denkbar wären auch genderspezifische Hindernisse bezüglich kultureller Besonderheiten wie Sprachprobleme, Speisen und den Therapieplanungen mit gemischtgeschlechtlichen Sportangeboten.

Ob und welche Unterschiede es in den Versorgungserwartungen und – erfahrungen von Frauen und Männern mit türkischem Migrationshintergrund in der Rehabilitation gibt, soll Gegenstand dieser Arbeit sein. Ansätze für eine verbesserte migrationssensible und geschlechtergerechte Versorgung sollen daraus abgeleitet werden.

2. Methodik

2.1. Beschreibung der VeReMi-Studie

Die Studie „Versorgungserwartungen in der Rehabilitation bei Menschen mit Migrationshintergrund und Möglichkeiten ihrer Berücksichtigung in der medizinischen Rehabilitation – unter besonderer Betrachtung von Menschen mit türkischem Migrationshintergrund“ (VeReMi) bildet die Datenbasis für diese Dissertation. Es handelt sich um eine Mixed-Methods-Studie und wurde im Zeitraum 01.10.2014 bis zum 30.09.2016 gemeinsam von der Universität zu Lübeck, der Universität Bielefeld und der Technischen Universität Chemnitz unter Leitung von Frau PD Dr. Ruth Deck, Herrn Prof. Patrick Brzoska und Herrn Prof. Oliver Razum durchgeführt.

Im Rahmen der Studie wurden verschieden qualitative und quantitative Methoden zur Datenerhebung angewandt. Unter anderem wurden Fokusgruppen mit Reha-Mitarbeitern¹, Experteninterviews mit Ärzten, sowie Interviews mit den Rehabilitanden in den verschiedenen Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt. Die vorliegende Arbeit untersucht die qualitativen Längsschnitt-Daten, die in Einzelinterviews mit Rehabilitanden erhoben wurden.

Im Studienverlauf wurden teilnehmende Rehabilitanden mit türkischem Migrationshintergrund zu drei unterschiedlichen Zeitpunkten des Rehabilitationsprozesses im Hinblick auf ihre Versorgungserwartungen befragt. Das erste Interview (T0) fand unmittelbar zu Beginn des Aufenthaltes in der Rehabilitationseinrichtung statt, das zweite Interview (T1) kurz vor Abschluss der Rehabilitation. Die Befragung zum dritten Messzeitpunkt (T2) fand telefonisch einen Monat nach der Rehabilitation statt. Während die ersten beiden Interviews vor allem die Erwartungen an die Rehabilitation fokussierten, diente das dritte Interview der Verfolgung der Nachsorge.

In dieser Arbeit liegt der Schwerpunkt auf der Analyse der Versorgungserwartungen und Zufriedenheit, daher werden ausschließlich die Daten der Interviews T0 und T1 einbezogen.

¹ Wegen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Dissertation die männliche Schreibweise verwendet. Dabei ist, wenn die männliche Form genannt wird, auch die weibliche Form gemeint.

2.2. Rekrutierung

Die Datenerhebung erfolgte in zwei Bundesländern, in Schleswig-Holstein und Nordrhein-Westfalen, wobei sich die vorliegende Arbeit nur auf die in Schleswig-Holstein erhobenen Daten bezieht. In Schleswig-Holstein erfolgte die Datenerhebung in sechs kooperierenden Rehabilitationseinrichtungen. Beteiligt waren das Klinikum Bad Bramstedt, die Reha-Klinik Damp, die Asklepios Klinik am Kurpark in Bad Schwartau, die Mühlenbergklinik in Bad Malente und die Vital Klinik Buchenholm in Bad Malente. Dabei haben alle Kliniken, außer das Klinikum in Bad Bramstedt, Patienten rekrutiert.

Rehabilitanden mit türkischem Migrationshintergrund, mit deutscher oder türkischer Staatsangehörigkeit, die selbst oder bei denen mindestens ein Elternteil in der Türkei geboren wurde, sowie Menschen, die Türkisch als ihre Muttersprache angaben, wurden direkt zu Beginn der medizinischen Rehabilitation im ärztlichen Aufnahmegespräch auf die Studie hingewiesen und bei Interesse schriftlich in Form eines Flyers (siehe 7. Anhang, Abbildung 6: Patienteninfo-Broschüre) über die Studie informiert. Die Einschlusskriterien der Studie erfüllten Rehabilitanden mit türkischem Migrationshintergrund im orthopädischen oder kardiologischen Heilverfahren oder in der Anschlussrehabilitation.

Um einen breiten Blickwinkel auf unterschiedliche Versorgungserwartungen Versicherter verschiedener Kostenträger zu ermöglichen, wurden verschiedene Rentenversicherungsträger berücksichtigt, etwa die Deutsche Rentenversicherung Bund und die Deutsche Rentenversicherung Nord.

Für Rehabilitanden, die in die Studienteilnahme einwilligten, wurde ein Interviewtermin zwischen den Mitarbeitern des Instituts für Sozialmedizin und Epidemiologie und der Therapieplanung der jeweiligen Klinik vereinbart. Der Termin wurde im Therapieplan des Rehabilitanden vermerkt.

2.3. Datenerhebung

Zur Erhebung von Versorgungserwartungen aus Sicht der Rehabilitanden mit türkischem Migrationshintergrund wurden leitfadengestützte Einzelinterviews durch wissenschaftliche Mitarbeiter und Doktoranden der Projektgruppe durchgeführt. Der Leitfaden diente vor allem zur Orientierung und fokussierte die Themenbereiche Erwartungen und Motivation in Bezug auf die Rehabilitation.

Die Fragen des Leitfadens wurden nicht in derselben Weise gestellt, wie sie im Leitfaden formuliert wurden, sondern dem Gesprächsverlauf angepasst.

Leitfadeninterviews sind eine Methode der qualitativen Interviewführung. Durch einen Gesprächsleitfaden wird gewährleistet, dass im Verlauf des Interviews bestimmte Themen behandelt werden. Bei der späteren Auswertung der Interviews erleichtert diese Fokussierung auf bestimmte Themenschwerpunkte den inhaltlichen Vergleich bei den unterschiedlichen Interviews. Nach Mayring-Inhaltsanalyse wurden die Interviews qualitativ und an der Fragestellung orientiert ausgewertet. Die verschiedenen Analyseaspekte wurden in definierten Kategorien zusammengefasst und mit Beispielen belegt [49]. Anschließend wurden die Ergebnisse der Kategorien zusammengefasst und diskutiert.

Zu Beginn des Rehabilitationsaufenthalts wurden im Rahmen des ersten Interviews vor allem die Erwartungen und Versorgungswünsche erfragt, im zweiten Gespräch wurde ein Schwerpunkt auf die Erfahrungen während des Rehabilitationsaufenthaltes gelegt.

Nach der persönlichen Vorstellung und der Aufklärung über das Projekt und das bevorstehende Interview, wurde die Einwilligung zur Tonbandaufnahme des interviewten Rehabilitanden eingeholt. Es wurde erklärt, dass keine personenbezogenen Daten, wie zum Beispiel Adressen abgefragt werden und dass die Tonaufzeichnungen bei der Transkription vollständig anonymisiert wird. Auch auf die Einhaltung des Datenschutzes wurde hingewiesen.

Je nach Präferenz der interviewten Rehabilitanden konnte das Interview sowohl auf Deutsch als auch auf Türkisch durchgeführt werden. Für die auf Türkisch durchgeführten Interviews wurden die Leitfäden übersetzt und angepasst. Nach jedem Interview wurde ein Postskript angefertigt, um mögliche Einflüsse der Befindlichkeit des Rehabilitanden und der Gesprächsatmosphäre festzuhalten (siehe 7. Anhang, Abbildung 7: Postskript). Eingetragen wurden auch Auffälligkeiten zum Gesprächsverlauf und zur Interaktion zwischen Interviewer und Interviewtem, sowie auffallende Themen und Besonderheiten sowie Störungen während des Interviews.

2.4. Leitfäden

Für alle Befragungszeitpunkte wurde jeweils ein Leitfaden entwickelt. Dieser wurde von einem Projektbeirat, bestehend aus Vertretern aus Forschung, Praxis und Kostenträgern

und den Mitarbeitern des Projektes diskutiert und überarbeitet. Vor der Durchführung der Interviews mit den Rehabilitanden wurden die Leitfäden getestet.

Zum ersten Messzeitpunkt wurden die Rehabilitanden mit türkischem Migrationshintergrund zu ihrer Krankheitsgeschichte befragt und ermittelt, welche gesundheitlichen Gründe ausschlaggebend für die Reha-Antragstellung waren, wer den Antrag initiiert und wer die Idee dazu hatte. Anschließend wurden die Erfahrungen während der Antragsstellung erfragt. Es sollte herausgefunden werden, ob es Zugangsbarrieren bei der Antragsstellung und der Vorbereitung der Rehabilitation gab und wie gut der Rehabilitand über die Rehabilitation informiert war. Weiterhin wurden die Versorgungserwartungen und Wünsche hinsichtlich der Reha erfragt. Es wurden die Erwartungen an die Reha-Einrichtung und die Behandlungen, an die behandelnden Ärzte, Therapeuten und Pfleger untersucht, welche Erwartungen die Rehabilitanden bezüglich ihrer Gesundheit und Krankheitsbewältigung hatten und ob zum Beispiel konkrete Reha-Ziele, wie eine Erhöhung der Leistungsfähigkeit, vorlägen. Der Leitfaden ermittelte zudem die Einschätzung zum Erfolg der Reha. Dabei wurde auch die Motivation zum eigenen Mitwirken, um die Reha-Ziele und einen Reha-Erfolg zu erreichen, erfragt.

Es wurde auf generelle Wünsche des Rehabilitanden an die medizinische Behandlung, den Therapieablauf, die Behandler, das Personal und die Verpflegung eingegangen, und Aspekte der Zufriedenheit, Barrieren und Probleme sowie Verbesserungsvorschläge der Rehabilitanden erfragt (siehe 7. Anhang, Leitfäden).

Als letztes wurden noch das kulturelle Krankheitsverständnis sowie persönliche und kulturelle Bedürfnisse des Rehabilitanden erhoben. Die Relevanz der Berücksichtigung von Kultur, Familie, Religion und Genderaspekten sowie mögliche Strategien zur Lösung von Versorgungsproblemen spielten im Interview ebenfalls eine wichtige Rolle.

Mit Hilfe des zweiten Interviewleitfadens wurden die Erfahrungen während des Reha-Aufenthalts ermittelt. Es wurden positive wie negative Erfahrungen des Rehabilitanden in der Rehabilitation erfragt, ob gesundheitliche Veränderungen festgestellt wurden. Außerdem wurde über Probleme in verschiedenen Bereichen, wie in der Kommunikation mit dem Klinikpersonal und Mitrehabilitanden sowie über kulturelle Bedürfnisse gesprochen. Darüber hinaus wurden Verbesserungsvorschläge zur besseren rehabilitativen Versorgung für Rehabilitanden mit türkischem Migrationshintergrund ermittelt (siehe 7. Anhang, Leitfäden).

2.5. Auswertung und Codebaum

Die Tonbandaufnahmen wurden mit Hilfe des Audiotranskriptionsprogramms f4 transkribiert und anonymisiert. Bei der Verschriftlichung wurde zur besseren Lesbarkeit auf paraverbale Äußerungen und Pausen verzichtet und eine Anpassung von Dialekten und Umgangssprache vorgenommen. Zur qualitativen Datenanalyse mit Hilfe des Programms MAXqualitativeDataAnalysis2012 wurde ein Codebaum zur Kategorisierung der im Interview erhobenen Aussagen erstellt. Hierzu wurde eine sequentielle Matrix, in der die zu den Teilüberschriften passenden Zitate männlicher und weiblicher Rehabilitanden jeweils zugeordnet wurden, zur Analyse der Interviews angelegt. Zur besseren Darstellung von Geschlechtsunterschieden werden in der sequentiellen Matrix die Ergebnisse weiblicher Rehabilitanden denen männlicher Rehabilitanden gegenübergestellt und Beispiele zur Verdeutlichung der Unterschiede angeführt. Es sollen gegebenenfalls vorhandene Kontraste zwischen Frauen und Männern mit türkischem Migrationshintergrund in den inhaltlichen Bereichen der Versorgungserwartungen, der Hürden und Hindernisse, der Zufriedenheit und der Ideen zur Verbesserung herausgearbeitet werden.

Auf Basis des entwickelten Codebaums wurden die Transkripte untersucht und Zitate den entsprechenden Kategorien zugeordnet. Dabei wurde für jede Kategorie eine Definition erarbeitet und es wurden Ankerbeispiele für die bessere Zuordnung erstellt. Um die Zuordnung zu prüfen, wurden bei Unklarheiten die Zitate und Codierungen mit Projektmitarbeitern diskutiert und ein Konsens erarbeitet.

Der Codebaum gliedert sich in vier Hauptkategorien:

1. Versorgungserwartungen
2. Hürden und Hindernisse
3. Zufriedenheit
4. Ideen zur Verbesserung der rehabilitativen Versorgung

Weitere Unterkategorien wurden zur Datenanalyse ergänzt (siehe 7. Anhang, Abbildung 8: Codebaum) und werden im Folgenden näher beschrieben.

Die Hauptkategorie, die die Versorgungserwartungen umfasst, bezieht sich auf die Versorgungserwartungen an die Behandlung und Therapie bei Frauen und Männern mit türkischem Migrationshintergrund während der Reha.

Unter dem Punkt „Erwartungen erfüllt“ wurde zusammengefasst, ob allgemein die Erwartungen erfüllt bzw. nicht erfüllt wurden, wobei alle Bereiche, wie Therapie, Ausstattung, Versorgung, Ärzte und Behandler hier mit abgedeckt werden. Auch wenn am Anfang keine Erwartungen formuliert wurden, wurde dieser Punkt hier mit aufgenommen.

Die „Reha-Ziele“ fassen zusammen, mit welcher Intention türkische Rehabilitanden in die Rehabilitation gehen und welche persönlichen und ärztliche Reha-Ziele es gab.

Beim Punkt „Behandlung“, der die Erwartungen und Wünsche der Rehabilitanden an ihre Behandlung umfasst, wird zwischen „Therapien“ und „Seminaren“ unterschieden. Hierbei beziehen sich die „Therapien“ auf die Art, den Ablauf, den Umfang und die Planung der Anwendungen und die „Seminare“ auf die Beratung und Information in Weiterbildungsangeboten zu Themen wie unter anderem Schmerz- und Stressbewältigung.

Die Kategorie „Behandler“ gliedert sich auf in die Unterkategorien „Ärzte“ und „Therapeuten“, wobei jeweils der Umgang und die Häufigkeit, die Intensität des Kontaktes und die Informationsvermittlung bewertet werden. Die Kategorie „Personal Gesamt“ umfasst weitere Anmerkungen zu Mitarbeitern wie Pflege- oder Küchenpersonal.

Unter der Kategorie „Versorgung“ werden die Erwartungen und Wünsche hinsichtlich der Versorgung in der Reha Klinik erfasst, und zwar in Bezug auf die Einrichtung, das Zimmer und die Ausstattung mit Gegenständen, medizinischen Geräten oder Medikamenten, das Essen und die Parkmöglichkeiten.

Im Laufe der Rehabilitation veränderte Erwartungen wurden unter der Kategorie, „Änderung der Erwartung/Ziele“ erfasst.

Der Hauptkategorie „Hürden und Hindernisse“ wurden unterschiedliche Schwierigkeiten und Probleme in der Rehabilitation der befragten Frauen und Männer mit türkischem Rehabilitationshintergrund zugeordnet, wobei sowohl negative als auch positive Bewertungen mit aufgenommen wurden.

Unter „Struktur“ wurden Probleme bei den Abläufen in der Einrichtung, etwa der Therapieplanung, und bei zeitlichen Abläufen, zum Beispiel Wegstrecken, erfasst.

Unter „Familie und Beruf“ wurde eingeordnet, ob eine Vereinbarkeit mit Familie und Beruf bei türkischen Rehabilitanden während des Reha- Aufenthaltes gegeben war und welche

Probleme es zum Beispiel bei der Betreuung und Versorgung von Kindern und Angehörigen während der Abwesenheit gab, ob der Besuch der Familie möglich war und ob die finanziellen Möglichkeiten dazu bestanden.

Dem Unterpunkt „Sprache“ wurden Verständigungsprobleme der Rehabilitanden mit türkischem Migrationshintergrund zugeordnet.

Unter „Kultur und Religion“ wurden Anmerkungen der Rehabilitanden mit türkischem Migrationshintergrund zu Kultur und Religion codiert. Zum Beispiel wie sich das Freizeitprogramm und die Unterhaltung gestaltet hatten, ob Faktoren wie das Essensangebot oder gemischte Veranstaltungen und Therapien für das Wohlbefinden eine Rolle spielten.

Der Punkt „Relevanz“ beleuchtet die Bedeutsamkeit der Berücksichtigung von kulturellen und religiösen Bedürfnissen während der Reha auf Seiten türkischstämmiger Rehabilitanden.

Unter „Kontakt und Isolation“ wird zusammengefasst, ob sich Hürden und Hindernisse in der Rehabilitation von türkischen Rehabilitanden durch fehlende Kommunikation mit anderen Rehabilitanden zeigten und ob ein Gefühl der Zugehörigkeit bestand. Alle positiven und negativen Äußerungen zum Austausch und Kontakt mit Mitrehabilitanden und zum Personal, auch in der Freizeitgestaltung, wurden hier berücksichtigt.

Wenn es keine Schwierigkeiten oder Hindernisse gab, also keine Probleme, zum Beispiel mit Behandlern, der Sprache oder dem Essen, dann wurden diese Anmerkungen unter dem Punkt „Keine Schwierigkeiten“ aufgenommen.

Die Hauptkategorie „Zufriedenheit“ greift auf, ob es hinsichtlich der Zufriedenheit Unterschiede bei türkischstämmigen Frauen und Männern bezüglich unterschiedlicher Aspekte in der medizinischen Rehabilitation gab.

Unter der letzten Hauptkategorie „Ideen zur Verbesserung“ wurden Äußerungen und Möglichkeiten zur Verbesserung der rehabilitativen Versorgung für Rehabilitanden mit türkischem Migrationshintergrund zusammengefasst.

2.6. Ethik und finanzielle Förderung

Die Studie wurde durch die Ethik-Kommission der Universität Lübeck unter berufsethischen, medizinisch-wissenschaftlichen und berufsrechtlichen Gesichtspunkten

begutachtet. Die Kommission äußerte keine Bedenken zur Durchführung und erklärte in ihrem Votum am 12.08.2014 ihr Einverständnis für das Projekt (AZ 14-147) (siehe 7. Anhang, Abbildung 9: Ethikvotum).

Die Studie wurde durch die Deutsche Rentenversicherung Bund und den Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein (vffr) gefördert.

2.7. Eigenleistung

Im Rahmen meiner Dissertation war ich an der Durchführung der Studie sowie bei der Datenerhebung mittels leitfadenbasierter Interviews in den einzelnen Kliniken beteiligt.

Die in den verschiedenen Phasen des Rehabilitationsverlaufs auf Tonband aufgezeichneten Interviews wurden für die Analysen mithilfe des Programms f4 transkribiert und anonymisiert. Nach der Verschriftlichung wurden die Transkripte zur qualitativen Datenanalyse in MaxQDA überführt.

Unter anderem übersetzte ich die eingesetzten Studienmaterialien, wie Flyer und Leitfäden, auf Türkisch. Auf Wunsch des befragten Rehabilitanden wurden die Interviews von mir in türkischer Sprache durchgeführt und die Tonbandaufnahmen transkribiert und ins Deutsche übersetzt.

An den Treffen des Projektbeirats, der aus den verschiedenen Mitarbeitern des Fachbereichs Rehabilitation der jeweiligen Universitäten bestand, nahm ich teil. Diese ermöglichten eine Diskussion aller Beteiligten zur Einbringung neuer Ideen und Vorschläge für folgende Schritte im Projekt und führten zur stetigen Verbesserung und Überarbeitung der Materialien, Analyse und Ergebnisse.

3. Ergebnisse

3.1. Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt wurden 14 Rehabilitanden mit türkischem Migrationshintergrund, darunter 9 männlich und 5 weiblich, zu drei Messzeitpunkten interviewt (siehe 7. Anhang, Tabelle 2: Rekrutierungsliste)

3.2. Unterschiede in der Versorgungserwartung von Frauen und Männern mit türkischem Migrationshintergrund

Versorgungserwartungen

Die befragten männlichen Rehabilitanden äußerten vor allem Erwartungen hinsichtlich der Wiedererlangung ihrer uneingeschränkten Funktionsfähigkeit. Es wurde gewünscht, gegen die Schmerzen anzugehen, die Muskulatur wieder aufzubauen und das gelernte Wissen auch in Zukunft im privaten Bereich anzuwenden, um auch hier motiviert weiter Eigenübungen durchführen zu können. Die Mehrheit der Befragten gab an „wieder gesund werden zu wollen“, und hierfür erwarteten sie die nötigen Therapieangebote und qualifiziertes Personal vorzufinden. Viele männliche Rehabilitanden hatten jedoch keine konkreten Versorgungserwartungen vor ihrem Reha-Antritt angeben oder hatten einfach das allgemeine Bedürfnis wieder gesund zu werden. Größtenteils wurde eine gesundheitliche Verbesserung der Situation erwartet.

„Ziele. Ich möchte Schmerzfrei sein. Ich möchte mich wieder ganz normal bewegen können. Und möchte belastbar sein auf jeden Fall. Sprich halt, dass ich auch wieder was heben kann, ohne Schmerzen zu haben.“

(Herr I_T0)

Bei den weiblichen Rehabilitanden mit türkischem Migrationshintergrund stand insbesondere die Erholung im Vordergrund. Ein wichtiges Kriterium war, aus dem Alltag von zu Hause herauszukommen und bewusst mehr Zeit für sich zu haben. Dabei wurde akzeptiert und erwünscht, in der Rehabilitation eine gewisse Disziplin aufzubringen. Zum Beispiel einem strikten Therapieplan zu folgen, um eine Gewichtsreduktion zu erreichen. Auch die weiblichen Rehabilitanden formulierten eher allgemeine Versorgungserwartungen, wie gesund werden.

„Gekommen, um besser zu werden. Etwas anderes glaube ich nicht. Ich bin hergekommen um gesund, damit es mir besser geht.“

(TO_ Frau H)

„Ich erwarte, dass gesund zu sein.“

(TO_ Frau D)

Reha-Ziele

Bei den Reha-Zielen fanden sich bei weiblichen und männlichen Rehabilitanden ähnliche Ziele. Die Mehrheit der Befragten gab an, ihre Schmerzen reduzieren oder wieder normal gehen und sich schmerzfrei bewegen zu wollen. Dabei unterschied sich die Situation von Rehabilitand zu Rehabilitand. Während einige am Ende der Rehabilitation eine völlige Schmerzfreiheit wünschten, äußerten andere lediglich das Ziel, eine Stabilisierung ihrer Situation, ohne weiteres Fortschreiten ihrer Erkrankung, zu erreichen. Es wurden hier auch konkrete Ziele geäußert, wie abnehmen, Kraft und Muskeln aufbauen, Rente beantragen oder sich erholen und zur Arbeit zurückkehren zu können. Um Stress abzubauen, war es vielen Teilnehmern wichtig, dass sie aus dem Alltag herauskommen, um sich einmal auf sich zu konzentrieren und zur Ruhe kommen zu können.

Vor allem bei den weiblichen Rehabilitanden wurde verstärkt das Ziel formuliert, Erholung finden zu wollen, um im Anschluss dem Haushalt und Familienalltag wieder gerecht werden zu können. Einzelne Rehabilitanden mit türkischem Migrationshintergrund konnten auf Nachfrage keine Ziele nennen und beschrieben keine definierten Ziele. Eine Rehabilitandin äußerte den Wunsch, mit dem Rauchen aufzuhören. Im Mittelpunkt stand jedoch bei Frauen wie Männern das Ziel, eine Verbesserung der Gesundheit erreichen zu können.

„Der Rücken, ich merkt es am Rücken. Und da habe ich halt, Hoffnung gehabt, dass es vielleicht sich verbessert.“

(Herr A_T1)

„Auf jeden Fall wieder schmerzfrei zu sein und einfach wieder den Arbeitsalltag, Arbeitsbelastung einfach auch wieder so gerecht zu werden.“

(Frau F_T0)

Behandlungserwartungen

Bei der Frage nach den Behandlungserwartungen war den Rehabilitanden eine große und abwechslungsreiche Auswahl an Therapieangeboten wichtig. Hierbei konnte eine vergleichbare Erwartung zwischen Frauen und Männern beobachtet werden. Einige der Rehabilitanden, die schon einmal in der Reha waren, gaben konkrete Erwartungen an ihre Behandlung an. Von diesen wurden einzelne Anwendungen und Therapien, wie Aquajogging, Physiotherapie und Massagen, benannt. Einige männliche Rehabilitanden hatten keine genauen Vorstellungen zur Behandlung während der Rehabilitation.

„Ich wollte Sport, ich wollte alles, schwimmen, Massage. Massage wär ja schön, weil ich immer verspannt bin.“

(Frau K_T0)

„Therapiewünsche habe ich ja nicht direkt gehabt, ich habe die Sachen ja gekriegt, was für meine Rücken gut tut. Und das habe ich getan, also. Ich hatte ja keine Wünsche, ich bin ja nicht hier hingekommen, dass ich mir was wünsche eigentlich.“

(Frau K_T1)

Bei den Seminaren wurde von männlichen wie weiblichen Rehabilitanden erwartet, dass diese informativ und interessant gestaltet würden und man zu Themen wie zum Beispiel *„gesundes Leben [und] Ernährung“* (Herr L_T0) neu gelerntes Wissen mit nach Hause nehmen könne.

Erwartungen an die Behandler

Von den Behandlern wünschten sich die männlichen Rehabilitanden zu Beginn der Reha, einen freundlichen, respektvollen und gerechten Umgang und keine Unterscheidung zwischen Rehabilitanden unterschiedlicher Nationalitäten. Dabei fiel auf, dass häufig der Begriff *„Freundlichkeit“* bei der Erwartung im Umgang der Behandler mit den Rehabilitanden genannt wurde.

Von den Ärzten und Therapeuten erwarteten einzelne männlichen Rehabilitanden, dass diese auf Probleme und Wünsche der Patienten eingingen und bei Unzufriedenheit Änderungen, zum Beispiel bei der Therapie, vornahmen. Es wurde mehrheitlich von den Rehabilitanden eine ganzheitliche Betrachtung des Patienten erwartet und keine ausschließliche Fokussierung auf die Krankheit. Dabei wurden vereinzelt auch neue Therapieansätze von den Ärzten und Therapeuten erwartet, um eine Verbesserung der gesundheitlichen

Situation zu erreichen. Außerdem äußerte ein Großteil der männlichen Rehabilitanden, dass es ihnen wichtig wäre, dass die Ärzte sich genug Zeit für ihre Patienten nehmen.

„Immer lächeln. Nicht sauer sein. Immer lächeln. Freundlich sein. Das erwarten wir“

(Herr B_T0)

„Ärzten als auch bei den Physiotherapeuten, dass sie sich genau den Körper anschauen. [...] Lösungsansätze, sage ich mal. Auf Sachen, sage ich mal, anstoßen, wo ich jetzt bisher nicht draufgekommen bin bzw. die Ärzte.“

(Herr A_T0)

Auch die weiblichen Rehabilitanden mit türkischem Migrationshintergrund hatten ähnliche Erwartungen an ihre behandelnden Ärzte und Therapeuten. Hier wurden vor allem Erwartungen geäußert, dass die Ärzte ihren Patienten aktiv zuhören und sie bewusst als individuelle Patienten ernst nehmen und nach langer Berufstätigkeit keine reine Routine bei der Arbeit mit den Patienten stattfindet. Die befragten weiblichen Rehabilitanden wünschten, dass der Arzt dem Rehabilitanden nach einer Untersuchung mehr über den Krankheitszustand mitteilt und eine stärkere Kommunikation zwischen Arzt und Rehabilitand stattfindet.

„Auf jeden Fall das Zuhören, dieses aktive Zuhörern und nicht jeden so [...] wenn man dann dreißig Jahre oder je nachdem wie lang man in diesem Bereich arbeitet. Ach ja und schon wieder und gleiche Kategorie oder so, sondern wirklich auch zu gucken, ja was ist bei dem jetzt anders, bei dem Patienten, oder ja, einfach dieses bewusste Zuhörern und bewusstes Wahrnehmen von dem Patienten.“

(Frau F_T0)

Erwartungen an die Versorgung in der Reha-Klinik

Bei der Versorgung und Vorstellung zur Unterbringung zeigten sich unterschiedliche Erwartungshaltungen der Rehabilitanden. Vielen waren ein sauberes Zimmer und eine gute Ausstattung der Reha-Klinik wichtig. Vor allem wurde oft die wichtige Rolle des Essens thematisiert. Auf der anderen Seite gab es vereinzelt männliche Rehabilitanden, für die die Verpflegung keine relevante Rolle spielte.

„Alle freuen sich doch über gutes Essen, das macht doch gute Laune. Ist doch was anderes ob du jetzt Brot und Käse ist und oder ob du was voll Appetitliches.“

(Herr I_T1)

„Das alles sauber ist und ein vernünftiges Zimmer kriegt, vernünftige Bettwäsche und so was. Und vernünftige Restaurant, dass man essen kann.“

(Herr B_T0)

Änderung der Reha-Erwartungen

Am Ende der Rehabilitation zeigte sich, dass einige Rehabilitanden je nach Erfahrung ihre Erwartungen änderten. So wurde erkannt, dass vorab eine unrealistische Erwartungshaltung in Bezug auf die eigene Krankheitssituation eingenommen wurde. Im Verlauf der Rehabilitation wurde die Erwartung dann durch Wissenszugewinn angepasst. Rehabilitanden, die beobachteten und lernten, dass sie trotz Therapie nicht wieder völlig schmerzfrei oder komplett ohne funktionelle Einschränkungen leben konnten, erwarteten zu einem späteren Zeitpunkt im Rehabilitationsprozess lediglich, eine Schmerzlinderung und Verbesserung ihrer Situation zu erreichen, versprachen sich aber keine komplette Heilung mehr.

„Nach der zweiten Woche, habe ich gemerkt, egal wie viel Sport ich mache oder welche Übungen ich mache, dieses Wirbelgleiten bleibt bestehen.“

(Herr A_T1)

3.3. Hürden und Hindernisse in der Rehabilitation bei Frauen und Männern mit türkischem Migrationshintergrund

Strukturelle Behandlungsabläufe

Viele der männlichen Rehabilitanden mit türkischem Migrationshintergrund kritisierten an der Therapieplanung, dass zu viele Anwendungen pro Tag stattfanden und es zu wenige Pausen zwischen den einzelnen Terminen geben würde. Außerdem seien die Therapiepläne nicht richtig auf die Bedürfnisse der Rehabilitanden abgestimmt gewesen, so dass manche Übungen unter Schmerzen durchgeführt würden und die Rehabilitanden oftmals überfordert waren. Vor allem die enge Staffelung der Therapieanwendungen stelle ein Problem dar. Dahingegen gäbe es im Ablauf der geplanten Therapien keine Probleme, sie liefen wie vorgesehen ab, und die Termine wurden zeitlich eingehalten.

Außerdem wurde kritisiert, dass es keine Unterstützung für den Transfer des Gelernten in den Alltag gäbe. So wurde vereinzelt der Wunsch geäußert, nach der Reha weiter krankgeschrieben zu sein, um die während der Rehabilitation erlernten Übungen anwenden und sich langsam wieder an den Arbeitsalltag gewöhnen zu können. Die Überforderung durch

den Umstellungsprozess zu Beginn, während und am Ende der Rehabilitation wurde als Hindernis für einen Reha-Erfolg gesehen.

„Zu viele, die Anwendungen waren in Ordnung, aber das war zu viel an einem Tag. Du bist halt morgens um 07:00 Uhr bist du raus aus deinem Zimmer und ich war teilweise manchmal um 17:00 Uhr wieder auf meinem Zimmer ohne das Zimmer einmal zwischendurch gesehen zu haben. Weil wirklich jede halbe Stunde, Stunde hatte ich eine neue Anwendung. Keine Ahnung, wie viele Anwendungen das am Tag waren. Und ich war eh unter Schmerzen, Dauerschmerzen, natürlich das stresst den Körper auch und ich konnte halt die Anwendungen teilweise gar nicht mitnehmen richtig. Gar nicht ausführen.“

(Herr I_T0)

„Nur dahingehen, diese Uhrzeit dahingehen, und fühl mal hier z.B. 08:30 dahin, fünfzehn, neunzehn dahin, 15:45 dahin, 10:15 dahin. Nur hin, hin, hin. Zehn Minute dahingehen, zehn Minute dahingehen.“

(Herr C_T0)

Viele weibliche Rehabilitanden hatten Bedenken, mit dem Ablauf der Rehabilitation zurechtzukommen, und befürchteten, mit den Terminen überfordert zu sein. Teilweise wurde angenommen, dass man sich zu Hause mit der Unterstützung und Hilfe der Familie besser erholen könne von seiner Krankheit, als in der Rehaklinik, wo man mit seinen Problemen alleine wäre. Eine weibliche Rehabilitandin kritisierte, dass die Betreuung von Kindern in der Rehaklinik nicht ausreichend stattfinden würde und die Kinder sich selbst überlassen wären, so dass sie sich nicht an ihren Therapieplan halten könne, weil sie sich lieber selbst um das Kind kümmere.

Unter den weiblichen Rehabilitanden fiel vor allem eine Rehabilitandin auf, die Analphabetin war und große Angst hatte, dass sie zum Beispiel Orte nicht finde können und dass sie Schwierigkeiten haben werde, sich in der Klinik zu orientieren. Sie befürchtete, dadurch Termine zu verpassen und ihren Therapieplan nicht einhalten zu können.

„Weil ich nicht lesen und schreiben kann, habe ich gedacht ich finde die Orte und andere Sachen nicht.“

(Frau H_T0)

„Weil zu Hause, dann habe ich meine Kinder, mein Mann stützt mich viel. Bewege ich nicht so richtig. Wenn ich Schmerzen habe, helfen alle gegenseitig. Hier, egal was das ist, musst du alles machen. Ob du kannst oder nicht kannst. Das musst du alles schaffen.“

(Frau D_T0)

Vereinbarkeit des Reha-Aufenthaltes mit Familie und Beruf

Allgemein spielte die Familie auch während der Zeit der Rehabilitation für die meisten Rehabilitanden eine große Rolle. Oft wurden Familienbesuche eingerichtet oder es wurde häufig zu Hause angerufen.

Die meisten männlichen Rehabilitanden fühlten sich durch ihre Familie in ihrer Krankheit unterstützt und freuten sich über deren Besuch. Die Umsetzung solcher Familienbesuche gestaltete sich jedoch wegen der Entfernung oftmals schwierig. Als Problem erschien auch, dass der Besuch der ganzen Familie für die Patienten aus finanziellen Gründen häufig nicht realisierbar war, da die Angehörigen im Hotel hätten untergebracht werden müssen. Die Möglichkeit, seine Familie über das Wochenende zu besuchen, wurde von vielen als nicht ausreichend und zeitlich zu knapp bemessen empfunden. Teilweise entstand so das Bedürfnis, die Reha-Klinik für eine kurze Zeit gegen den ärztlichen Rat zu verlassen, um in Ruhe nach Hause fahren zu können. Letztendlich hielten sich die männlichen Rehabilitanden jedoch an die vorgegebenen Besuchszeiten. Andere männliche Rehabilitanden hingegen berichteten, dass der Familienbesuch unkompliziert sei und sie regelmäßig von ihrer Familie besucht werden würden.

„Wir telefonieren ja jetzt, wir sprechen am Tag zwei, drei Mal zu Hause.“

(Herr J_T0)

„Aber vermisst die Familie und muss jetzt nicht hier am Wochenende Stress machen, um nach Hause zu gehen.“

(Herr L_T1)

Einige männliche Rehabilitanden empfanden ihre Abwesenheit von zu Hause als Belastung für den Partner oder die Angehörigen. Die alleine zu Hause gebliebene Person müsse in dieser Zeit die komplette Verantwortung für die Familie tragen und sei dadurch stärker belastet. Einer möglichen Verlängerung der Rehabilitation wurde, um die Angehörigen nicht länger alleine zu lassen, oftmals nicht zugestimmt. Auch wurden bevorzugt Reha-Kliniken in Orten ausgewählt, die sich in der häuslichen Nähe befanden.

„Eine Woche Verlängerung angeboten bekommen, habe ich aber abgelehnt. [...] Weil die Verantwortung zu Hause auch recht groß ist mit zwei kleine Kinder und drei Wochen lang musste meine Frau das alles alleine (?wuppen). Da es mir auch gut geht, warum sollte ich es verlängern. Deswegen.“

(Herr L_T1)

Auch für die weiblichen Rehabilitanden mit türkischem Migrationshintergrund spielte die Abwesenheit in der Familie eine große Rolle und die Familie wurde vermisst. Die Frauen fühlten sich teilweise, als ob sie ihre Angehörigen zu Hause im Stich gelassen hätten und fühlten sich dadurch gestresst oder hatten Sehnsucht nach zu Hause. Einer möglichen Verlängerung der Rehabilitation standen sie deshalb oftmals negativ gegenüber. Einzelne weibliche Rehabilitanden berichteten, dass sie überlegt hatten die Rehabilitation abzulehnen, weil sie wussten, dass durch ihre Abwesenheit die Situation zu Hause schwieriger würde. Auf Wunsch der Angehörigen und zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage wurde die Rehabilitation jedoch dennoch angetreten. Sie hätten sich bei der Entscheidung aber hin und her gerissen gefühlt.

„K: Natürlich ist die Sehnsucht nach der Familie und den Kindern bisschen groß, weil, das ist ja auch weit. Es geht nicht um weit, aber es die Sehnsucht, es ist sowieso groß. [...] Was, was für mich die letzten Zeiten, das ist jetzt, man macht sich selber bisschen Stress, weil man öfter an die Familie denkt, an die Kinder und weil man denkt, jetzt sind die da alleine und dass so viel ist stehen geblieben. Das macht einem bisschen so innerlich bisschen Stress oder innerlich bisschen unruhig. [...]

I: Warum wollten Sie keine Verlängerung haben?

K: Weil es mir bisschen bessergeht, auch weil ich meine Familie nicht so lange alleine lassen.“

(Frau K_T1)

Durch die Abwesenheit der Rehabilitanden sei die Situation zu Hause oftmals schwieriger geworden, vor allem, wenn noch Kinder oder Angehörige zu versorgen wären. Die übrigen Familienmitglieder zu Hause mit der Versorgung der Angehörigen alleine zulassen, belastete die Rehabilitanden emotional. Zugleich stelle die Rehabilitation eine Pause von der anstrengenden Arbeit und Verantwortung zu Hause dar.

„Zwei drei Wochen stehen wir das schon durch. Also meine Schwester kann, wir schaffen es, was anderes haben wir nicht. [...] Es ist hier nicht so anstrengend wie zu Hause.“

(Frau H_T0)

Auch die weiblichen Rehabilitanden machten unterschiedliche Aussagen zur Möglichkeit, Angehörige in der Reha Klinik zu empfangen. Einige beschrieben dies als einfach und gaben

an, eine schöne Zeit während des Familienbesuchs gehabt zu haben, andere hatten es als schwierig und komplikationsreich empfunden.

Einige Mütter bemängelten, dass es nicht möglich war, ihre Kinder mit zur Rehabilitation zu nehmen, so dass zum Beispiel ein Kind zu Hause gelassen werden musste. Auch wurde die Betreuung der Kinder in der Rehaklinik, während der Anwendungen für die Mütter, kritisiert. Oft seien die Kinder alleine gelassen worden oder schlecht betreut gewesen und hätten nur vor dem Fernseher gegessen. So machten sich die Mütter auch während der Therapie Gedanken, ob das Kind gut betreut werde. Es wurden eine aktivere Beschäftigung des Kindes und generell eine bessere Betreuung gewünscht.

„Also außer der Kinderbetreuung nicht viel ne. Passt soweit. Also ich auch froh, wenn ich jetzt dann geh, weil ich hab meinen Sohn sehr vermisst. Also deswegen ist vielleicht auch vieles so ein bisschen ausgeblendet, weil ich wirklich denke, ey, jetzt wird es Zeit. Vier Wochen ist, ja man denkt dann nochmal anders als Mutter. Also man hat es im Unterbewusstsein einfach, das ist zu stark. Vier Wochen reichen dann (lacht).“

(Frau F_T1)

Sprache und Verständigungsprobleme

Die meisten der männlichen Rehabilitanden mit türkischem Migrationshintergrund gaben an, keine großen sprachlichen Schwierigkeiten zu haben. Eher gäbe es einige Probleme bei der Verwendung von Fachtermini, zum Beispiel in ärztlichen Gesprächen. Jedoch sei auf Nachfrage und durch weitere Erläuterungen meistens doch alles verstanden worden. Der Arzt oder Therapeut musste eventuell einige Dinge wiederholt, langsamer oder in anderen Worten erklären, danach blieben aber meist keine Fragen mehr offen.

Wenn während den praktischen Anwendungen etwas nicht verstanden werde, dann könne man sich die Bewegungsabläufe auch an anderen Teilnehmern in der Gruppe anschauen. Auf genauere Nachfrage hin wurde schließlich doch von einzelnen berichtet, dass sie manchmal im Gespräch öfter nachfragen müssen, oder wenn etwas nicht verstanden würde, würden manchmal Bekannte oder Verwandte angerufen werden, um mit dem Arzt zu sprechen oder am Telefon zu übersetzen.

„N: Natürlich gibt es lateinische Ausdrücke, die man auch nicht versteht, aber wenn ich frage, die erklären auch.“

I: Okay, also mit den Fachbegriffen gibt es manchmal Probleme.“

(Herr N_T0)

„Ne, ich habe selber keine Schwierigkeiten in der Sprache gehabt.“

(Herr B_T1)

„I: Gibt es zum Beispiel im Behandlungen, oder wenn sie mit Therapeuten sprechen, haben sie da Verständigungsprobleme?“

E: Nein, eigentlich nicht.“

(Herr E_T0)

„Und wenn verstehst du gar nichts, wann siehst du das, was die machen kannst du genauso machen. [...] Ja guckt man, man kann alles machen.“

(Herr C_T1)

„I: Jetzt geht es um Sprache und Verständigung. Gibt es da irgendwelche Schwierigkeiten? Haben Sie Schwierigkeiten, Ärzte oder Therapeuten zu verstehen, oder umgekehrt?“

C: Wenn ich versteh nicht z.B. so vieles Mal telefoniert von meinen Neffen oder so, der kann gut Deutsch. Ich gehe Arzt, der redet mit Arzt und der erzähle ihm, der erzählt zu mir, mach mal so, der wollte so sagen, so machen das, das, das. Von solchen Sachen krieg ich kein Problem.“

(Herr C_T0)

„Also, ich bin keine perfekte Sprache, aber ich kann auch ein bisschen verstehen. [...] Ja. Manchmal frage ich. Also, manchmal kommt die andere Sprache, dass ich gar nicht mehr gehört habe. Ein Wort kommt, das habe ich gar nicht mehr. Bedeutet gleich wie eine andere Wörter, aber muss ich ja fragen, zwei Mal fragen, was meinen Sie damit? Wenn mich eine Frage gestellt haben. Aber ich komme ganz gut klar.“

(Herr B_T0)

Die weiblichen Rehabilitanden mit türkischem Migrationshintergrund hatten größere Verständigungsprobleme. Zum Beispiel wurden Abläufe teilweise falsch verstanden und dadurch die Teilnahme an den Therapien erschwert. Wenn man Fachbegriffe wie Aqua-Jogging nicht kenne, könne man auch nicht wissen, dass dazu Schwimmsachen mitzubringen seien, und der Ablauf des Reha-Alltages gerate durcheinander. Häufig wurde eine Person zur Übersetzung gewünscht. Einige weibliche Rehabilitanden gaben an, persönlich keine Probleme zu haben, falls etwas inhaltlich nicht verstanden wurde, dann wurde nochmal nachgefragt, und meistens ließe sich das Problem dadurch gut klären. Auch bei der Verständigung mit den Ärzten wurden keine gravierenden Probleme beschrieben.

„Man muss sich schon bisschen durchfragen, zum Beispiel, ich wusste nicht, Aquajogging was das ist erstmal, ich wusste schon, dass das was mit Wasser. Ich hatte es aber auch nicht richtig gelesen. [...] Dann bin ich da hingegangen ohne Badesachen. Ja, manche Sachen wird nicht so viel erklärt ne.“

(Frau K_T0)

„Und was ich nicht verstanden habe, habe ich immer nachgefragt. Aber das ist nicht viel vorgekommen.“

(Frau D_T1)

Berücksichtigung von Kultur und Religion

Die befragten Rehabilitanden, männlich wie weiblich, äußerten sich unterschiedlich zu kulturellen und religiösen Themen in der Rehabilitation.

Berücksichtigung religiöser Bedürfnisse

Die Möglichkeit zum Beten sei für die meisten Rehabilitanden auch ungestört im Zimmer gegeben. Selbst religiösere Rehabilitanden fanden, dass man hierzu keine zusätzlichen Strukturen in der Rehaklinik brauche. Auch ob die ärztliche oder therapeutische Behandlung durch Frauen oder Männer erfolge, spielte für die meisten keine Rolle. Hauptsache, die Behandler seien kompetent und machen ihre Arbeit gut.

„Ja, dann muss man ja selber mit dem Gott in Verbindung setzen, nicht die Klinik hier [...] Ich weiß es nicht. Aber, man kann ja, wenn man gläubig ist, kann man überall in seinem eigenen Zimmer beten. Da muss man nicht jetzt große Fahne unter seinen Wunsch äußern. Da kann man überall beten“

(Herr N_T0)

Berücksichtigung von Ernährungsbedürfnissen

Bei den männlichen Rehabilitanden mit türkischem Migrationshintergrund gab es Rehabilitanden, denen es gleichgültig war, was sie zu essen bekamen, ob mit oder ohne Schweinefleisch. Schweinefleisch dürfte nach muslimischer Tradition nicht verzehrt werden. Selbst wenn sie kein Schweinefleisch essen wollten, fanden die Rehabilitanden, es gebe genug Alternativen. Anderen Rehabilitanden hingegen war es wichtig, dass sie in der Kantine auch Essen ohne Schweinefleisch wählen konnten. Diesbezüglich wurde kritisiert, dass die Informationsvermittlung bezüglich der Menüs verbessert werden müsse. Die meisten stellten bezüglich des Essens hohe Ansprüche und äußerten sich hierzu überwiegend

negativ. Auf der anderen Seite wollten sie keine zusätzlichen Ansprüche stellen oder genierten sich, nachzufragen. Einige kauften deshalb lieber in nahe gelegenen Supermärkten ein, da sie das Essen in der Kantine nicht essen wollten, so dass zusätzliche Kosten entstanden.

„Ich esse kein Schweinefleisch und das Abendessen, das ist keine gute Essen, ich weiß nicht warum. Das kann sein, das für die Leute ist gut, aber für mich nur bisschen, zwei, drei Stück Brot und Butter, Käse.“

(Herr C_T1)

„Dann hab ich was anderes. Reis gibt es da, Kartoffel gibt es da. Wenn ich nicht Fleisch essen will, dann hab ich was anderes.“

(Herr E_T0)

„Ja, für mich ist das kein Problem, weil ich Schweinefleisch auch esse.“

(Herr N_T0)

„So ich komme am nächsten Tag, Menü zwei oder eins, ich weiß es nicht, jedenfalls Bohnen mit Rindfleisch. Ich habe gesagt, diese Menü möchte ich haben, auf einmal sehe ich da Würstchen. Dann habe ich gesagt, was ist da für Würstchen, ja das wissen wir nicht. Na ja, wie wissen Sie nicht? Sie arbeiten hier, sie machen Menü und sie wissen nicht, was das für Würstchen ist? Ja das Fleisch ist Rind. Na ja, ich frage nicht was das für ein Fleisch ist, dann sind die mir auch nicht glaubwürdig.“

(Herr M_T1)

Bezüglich des Essens sahen die weiblichen Rehabilitanden im Vergleich mit den männlichen weniger Probleme. Wenn man kein Schweinefleisch essen wolle, dann könne man sich aus dem Menü einfach ein anderes Essen aussuchen.

„Also ich habe keine Probleme, ich esse alles, mein Vater hat gesagt, wir sind in Deutschland, wir essen in Deutschland Bratwurst, und wenn wir in Frankreich sind, essen wir Schnecken. Deswegen ist es nicht so schlimm. Und sonst mit der Ernährung muss ich sagen, es sind ja drei Gerichte zur Wahl, einmal ganz vegetarisches und einmal ist nur Rind und einmal immer Schwein. Es wird wirklich unterschieden. Also da hat man eine gute Auswahl und Frühstück und Abendbrotbuffet ist sehr viel Geflügelwurst und solche Sachen“

(Frau G_T0)

Relevanz der Berücksichtigung von kulturellen und religiösen Bedürfnissen während der Reha

Die Mehrheit der männlichen Rehabilitanden mit türkischem Migrationshintergrund betrachtete vor allem das Essen als problematisch. Es wäre ihnen wichtig, dass sie neben dem angebotenen Essen mit Schweinefleisch auch ein eindeutiges Angebot ohne Schweinefleisch vorfänden. Dabei gab es auch Rehabilitanden, die das beschwerdefreie Annehmen des angebotenen Essens als gute Integration verstanden. Weniger relevant erschien das Thema Beten, da man dies bei Wunsch auch selbstständig in seinem Zimmer tun könne. Auch die gemeinsame Nutzung des Schwimmbades wurde nicht als störend empfunden. Es müsse sich der Rehabilitand selbst an die gegebenen Bedingungen anpassen, denn natürlich könne man nicht alle kulturellen Wünsche erfüllen.

„Ich glaube, die Reha Einrichtung ist meine Meinung, habe ich auch gesagt, sollte sich nicht auf religiöse oder länderspezifischen Unterschiede, irgendwie, zurechtfinden. Sonst hat man hier ein Chaos. Kommt der Inder, dann kommt der Südamerikaner, dann kommt. Es ist zu viele. Ja, und ich glaube, wie gesagt, wichtig ist es, dass die Medizin, Respekt und Toleranz. Es ist international und da muss, quasi, der Patient sich dann auf die entsprechende Belange einstellen und nicht umgekehrt.“

(Herr A_T1)

Bei den Aussagen der weiblichen Rehabilitanden mit türkischem Migrationshintergrund ließen sich Parallelen zu denen der männlichen Rehabilitanden bezüglich der Relevanz von Kultur und Religion ziehen. So wurde das Thema Religion in der Rehabilitation als kein relevantes Thema gesehen. Kulturelle Unterschiede im zwischenmenschlichen Umgang, Freundschaften und die Familie spielten bei den Rehabilitanden hingegen eine wichtige Rolle.

„Ja. Für mich ist unwichtig. Mensch ist Mensch. Und. Hauptsache guten Tag und für mich, das ist wichtiger. Religion ist für mich, ist unnötig.“

(Frau D_T1)

„Diese Normalitäten einfach, wo jede Nationalität hat so diese gewisse Kultur. Familie ist wichtig, Freundschaften sind wichtig.“

(Frau F_T0)

Kontakt und Isolation in der Rehabilitation

Von den männlichen Rehabilitanden wurde es als schwierig betrachtet, dass es viele ältere Rehabilitanden gäbe, mit denen aufgrund unterschiedlicher Interessen oft kein Austausch stattfinden würde. Für viele Rehabilitanden stellte auch die Vereinsamung in der Freizeit,

nach dem Anwendungsprogramm ein Problem dar. Zwar wäre man in der Rehabilitation vor allem mit seinen eigenen Problemen beschäftigt und sei deshalb auf sich konzentriert gewesen, so dass man in der Freizeit nicht unbedingt über die Probleme anderer Rehabilitanden sprechen wolle. Trotzdem wünschten sich einige Rehabilitanden mehr Kontakt zu anderen Mitrehabilitanden. Je nach Persönlichkeit des Rehabilitanden wurde mehr Kontakt gesucht und es fand ein Austausch statt oder der Kontakt wurde gemieden. Manchmal erhielten Rehabilitanden auf Fragen nicht zufriedenstellende Antworten oder fühlten sich von Mitarbeitern der Rehaklinik unangemessen behandelt. Deshalb sprachen sie nicht mehr gerne mit dem Personal oder waren zufrieden, wenn ihre Rehabilitation bald vorbei war. Manche fühlten sich auch von anderen Mitrehabilitanden aufgrund ihrer Herkunft diskriminiert und hatten danach kein Bedürfnis mehr, den Kontakt zu deutschen Rehabilitanden zu suchen. Ein Rehabilitand berichtete, dass er in seiner vorigen Rehabilitation von einem Arzt gezielt diskriminiert worden sei. Oft wurde gewünscht, dass mehr Rehabilitanden mit türkischem Migrationshintergrund da gewesen wären, weil man sich dann vermutlich nicht so alleine gefühlt hätte.

„I: Und dann haben Sie auch mit anderen Patienten hier gesprochen?“

C: So persönlich nein, nur wegen die [...] Gruppe da, oder so. Persönlich nein“

(Herr C_T1)

„Also negative Erfahrungen, dass die hier, viele ältere Leute sind. Gibt es keine junge Leute hier, dass man befreundet sind. Und, habe ich immer alleine gelassen, ich war immer allein, ich habe mich immer allein gefühlt. Ganz alleine. Deswegen ich habe nicht so viel mit Menschen Kontakt gehabt. Nicht wirklich. Das ist mein Problem, das war keine Ausländer, keine Türke. Nichts. Deswegen mit der ältere Leute komme ich irgendwie nicht klar. Oder weiß ich nicht, sie kommen mit mir nicht klar. Und der eine Dame hat mir schon gesagt ‘Wir mögen keine Ausländer’. Und so was, hat mich gestört, das Sie mich gesagt hat. Und solche schlechte Erfahrungen habe ich auch gehabt [...] Also, ich wünsche nicht die Leute, junge Leute sollen herkommen, aber, wenn man ein paar Freunde hätte, nicht schlecht wäre, ne?“

(Herr B_T1)

Viele weibliche Rehabilitanden mit türkischem Migrationshintergrund berichteten, dass es manchmal Verständigungsprobleme gegeben hätte und sie sich deshalb unwohl fühlten. Schön wäre es, wenn man Leute träfe, mit denen man sich in der eigenen Sprache unterhalten könne. Auch kulturell habe man sich teilweise verbundener gefühlt zu Rehabilitanden, die einen Migrationshintergrund haben. Allein sprachlich und kulturell sei der

Anschluss einfacher. Einige weibliche Rehabilitanden fühlten sich diskriminiert durch andere Mitrehabilitanden, die schlecht über Ausländer sprächen.

„Gestern habe ich, gestern habe ich richtig auf den Tisch gehauen. Da habe ich (? unverständlich), also ich, die fingen dann an, so mit Ausländern, und dann ging das los, ja die sind ja gekommen und dann wundere ich mich, warum fahren sie dicke Autos und Urlaub und so. Dann kam ich hinzu, ich kann zwar schlecht sehen, gut hören. Je nachdem wie ich will. Und dann bekam ich mit, dann wurde das Thema abgebrochen.“

(Frau G_T0)

Trotzdem verstünden sie sich auch gut mit anderen deutschen Rehabilitanden und hätten Freunde während der Rehabilitation gefunden. So entstanden immer wieder gemischte Gruppen mit deutschen und türkischen Rehabilitanden, es gab aber auch Patienten, die sehr zurückgezogen und isoliert lebten. Man habe sich manchmal als Außenseiter gefühlt oder rassistische Äußerungen mitbekommen, deshalb kam es teilweise sogar zu Auseinandersetzungen. Bei gleichem kulturellem Hintergrund aber fühle man sich automatisch dazugehörig.

Bei guter Eingliederung in die Gruppe erfolgte auch die Informationsvermittlung während der Rehabilitation besser. Offene Fragen könnten einfach in die Runde gestellt und meistens von Rehabilitanden mit mehr Erfahrung beantwortet werden. Die meisten Kontakte seien während der gemeinsamen Abendessen mit den Tischnachbarn entstanden.

„Ich bin. Wir sind zu viert, sie ist das und drei deutsche Kollegen auch [...] Das ist eine kleine Gruppe. Zusammen gehen wir raus, zusammen gehen wir zum Essen. [...] Ja, das mach mich auch Freude.“

(Frau D_T1)

„Ja, Sehnsucht, keine richtige Ansprechpartner und vielleicht auch, wenn man vielleicht, dass man dann vielleicht bisschen, weiß ich nicht. Das Wort will ich jetzt nicht sagen, ja, dass man dann vielleicht als Außenseiter dann sich so sieht.“

(Frau K_T1)

„Ja vom Umfeld her war es zu Anfang, na ja gut, man hat sich angefreundet, dann sind so Gruppen erschienen, dann hatte ich ja letztes Mal gesagt, es sind so verschiedene Gruppen. Und ich habe immer mehr gemerkt, das wurde immer mehr rassistischer hier. Grade jetzt war dieser Schub mit denen die gelandet sind und alle nach Deutschland wollen und so weiter und da musste ich so ein bisschen, da haben wir richtig Streitgespräche gehabt.“

(Frau G_T1)

3.4. Unterschiede hinsichtlich der Zufriedenheit bei Frauen und Männern mit türkischem Migrationshintergrund

Negative Äußerungen zur Zufriedenheit

Bei den negativen Äußerungen zur generellen Zufriedenheit gingen die meisten männlichen Rehabilitanden direkt auf spezielle Probleme ein, die später in den einzelnen Abschnitten genauer beschrieben werden. In den ersten Tagen hätten viele Rehabilitanden noch keine Orientierung und fänden deshalb z.B. die Räume nicht. Da neben dem Aufbau der Klinik auch der strukturelle Ablauf der Rehabilitation noch nicht klar gewesen sei, wurde der Anfang in der Rehabilitation von vielen als unübersichtlich und langweilig beschrieben. Viele männliche Rehabilitanden wünschten sich eine bessere Einführung und mehr Information zu einfachen Abläufen, wie Wäschezeiten, Räumlichkeiten, und anderen alltäglichen Dingen.

Teilweise wurden Wünsche bezüglich frei wählbarer An- und Abreisemöglichkeiten und individuelle Therapiewünsche der Rehabilitanden nicht berücksichtigt, wodurch dann die Motivation an der Rehabilitation verloren ging und eine Unzufriedenheit mit der Gesamtsituation eintrat. Einzelne männliche Rehabilitanden waren unzufrieden mit den Therapien, den Therapeuten, dem Essen oder einzelnen Entscheidungen, so dass sie dann die gesamte Reha schlecht fanden und sie auch nicht weiterempfehlen würden. Ein Rehabilitand, der mit Schmerzen aus der Reha entlassen worden war, bewertete seine Rehabilitation besonders negativ und war froh wieder nach Hause gehen zu können.

„Aber bis jetzt haben Sie mich eigentlich nicht informiert. Was man mit mir alles machen muss.“

(Herr E_T0)

„Viel habe ich die Fahrrad gefahren, schwimmen und gelaufen, die war gut. Ansonsten ist alles das gleiche. Nur hinlegen und das machen und das machen. Das finde ich. Hier, nie wieder komme ich. Letztes Mal, wenn Arzt sagt zu mir wieder dahin, Schluss, ne. Alle Bewegung kann ich in (Stadt) auch machen. Ich kann alle Bewegung da auch machen. Das gibt's hier, ehrlich ohne Spaß. Seit drei Wochen bin ich hier, Abendessen immer esse ich raus. Das ist eine Katastrophe. Da ist kein Essen und Mittagessen konnte ich auch nicht essen, weil es wegen dem Schweinefleisch und das und das und alles. [...] Nur hier Frühstück ist ein bisschen normal, kannst du Frühstück machen. Und sonst, ich nehme alles von Edeka oder ich gehe in die Ecke bei die Imbiss oder so. Das seit drei Wochen, aber Gottseidank letzten Tag habe ich geschafft. Ich hoffe für die Gesundheit schaffe ich das auch, aber.“

(Herr C_T1)

Auch die weiblichen Rehabilitanden äußerten sich unzufrieden mit der Gesamtsituation in der Rehabilitation und nannten spezielle Beispiele. Viele beschwerten sich über die Therapieplanung und die Anwendungen, diese könne man auch zu Hause durchführen. Es gab bei einer Patientin Probleme bei der Umstellung von Medikamenten, so dass die Patientin mit den neuen Medikamenten nicht zurechtkam und unzufrieden war, da die gewünschten eigenen Medikamente in der Rehaklinik nicht zur Verfügung standen. Vielen Rehabilitandinnen war die generelle Atmosphäre in der Rehaklinik wichtig, die in anderen Rehakliniken besser gewesen sei. Wenn sie vorher schon einmal in einer anderen Rehabilitationseinrichtung waren, dann wurden die Einrichtungen oft miteinander verglichen. Die Stimmung war ein wichtiger Faktor für die Unzufriedenheit vieler weiblicher Rehabilitanden.

„Also, ich bin ja schon in einer Rehaklinik operiert worden hier drüber in der Gefäßchirurgie, Professor, na ja, ist ja egal, auf jeden Fall fand ich dort im Haus viel angenehmer. Ich habe noch eins, zwei Tage, danach so ein bisschen Gehübungen und so gemacht. Also obwohl man auf der ganzen Gelände nicht raucht, durfte, fand ich im Haus schöner, es war eine schöne Atmosphäre, eine schöne Stimmung. Und das hast du hier leider nicht.“

(Frau G_T1)

„Und, zu Hause selber Füße mit der Ball trainieren, das hilft mir richtig. Mehr als [dass] ich zu Hause weg bin.“

(Frau D_T1)

Positive Äußerungen zur Zufriedenheit

Viele männliche Rehabilitanden äußerten sich, vor allem zu Beginn der Rehabilitation, eher positiv und waren mit der Rehabilitation zufrieden. Sie würden diese auch weiterempfehlen. Zur zweiten Befragung und nach ersten Erfahrungen äußerten viele jedoch auch Unzufriedenheit zum Beispiel mit den Therapien, der Verpflegung und den Freizeitmöglichkeiten. Einige Rehabilitanden fühlten sich in ihrer Reha Einrichtung isoliert, da wenig Kontakt zu Mitrehabilitanden bestand und ihre Familie weit entfernt war. Diese Rehabilitanden äußerten sich daher am Ende ihrer Rehabilitation eher unzufrieden und gaben an, dass sie eine Rehabilitation nicht weiterempfehlen würden.

Generelle Zufriedenheit mit der Reha-Maßnahme äußerte ein Teil der männlichen Rehabilitanden. Die Rehabilitation habe sich verbessernd auf ihre Krankheitssituation ausgewirkt und sie hätten viel Neues dazugelernt: Übungen und Bewegungsabläufe, bewussteres

Verhalten und einen neuen Umgang mit der Erkrankung. Der Großteil der männlichen Rehabilitanden gab an, dass sie zufrieden, erholt und mit einer allgemeinen Verbesserung ihres Zustandes aus der Rehabilitation gingen und sie würden diese auch weiterempfehlen.

„Ja, habe ich hier viel Sport gemacht. Und durch Anwendungen habe ich etwas erholt. Und habe ich Erfahrung gesammelt mit den Freunde über die Krankheit. Und habe ich meine Ruhe bekommen. Und, es ist perfekt gelaufen.“

(Herr B_T1)

„Also ich würde es auch immer wieder weiterempfehlen. Keine Frage.“

(Herr I_T1)

Auch die weiblichen Rehabilitanden äußerten sich generell sehr zufrieden mit ihrer Rehabilitation. Vor allem die Intensivität und Vielfältigkeit der Therapien, die sportlichen Aktivitäten und Bewegungstherapien wurden gelobt, auch die Behandler und die generelle Atmosphäre in der Rehabilitation seien angenehm gewesen. Viele würden eine Rehabilitation ohne Bedenken weiterempfehlen.

„Also mir hat es geholfen, mir hat es was gebracht“

(Frau G_T1)

„Alles war super, kann ich nicht irgendwas beschweren. Die waren einfach super und toll.“

(Frau D_T1)

Zufriedenheit mit den Freizeitangeboten

Negative Äußerungen zur Zufriedenheit mit den Freizeitangeboten

Bezüglich der Möglichkeiten von Freizeitaktivitäten waren die meisten männlichen Rehabilitanden eher unzufrieden. Das Schwimmbad sei zu voll gewesen und die Geräte oft veraltet. Außerdem wäre die Betreuung außerhalb der Therapien in den freien Übungsbereichen nicht ausreichend vorhanden, weil es zu viele Patienten für zu wenige Therapeuten gab, die meistens unmotiviert gewesen seien, die Übungen zu erklären. Es habe zu wenige Alternativen für eine gute Freizeitgestaltung gegeben. Auch sei die Zeit durch den engen Therapieplan nicht gegeben gewesen, in der Freizeit aktiv zu werden, da die z.B. Öffnungszeiten des Schwimmbades oder des Fitnessraumes nicht zum Therapieplan passten oder am Ende des Tages das Bedürfnis, sich in sein Zimmer zurückzuziehen und auszuruhen, größer war.

„Irgendwas was keine Ahnung, was für jüngere Leute sag ich jetzt mal. Hier steht ja auch schon "Düt und Dat". Was soll ich denn damit anfangen ne? Oder? Ist nicht halt so mein Fall. Klar, wäre schön, wenn hier andere so Freizeitaktivitäten wären für jüngere Leute.“

(Herr I_T1)

„Ja, ich habe freies Schwimmen wahrgenommen, ich war mal frei schwimmen und dann nicht mehr, weil es war zu voll.“

(Herr M_T1)

„Was mir jetzt aber so auffällt im Fitnessbereich, da ist einfach die Betreuung sehr, also nicht gut.“

(Herr L_T1)

Auch den weiblichen Rehabilitanden fehlte eine ausreichende Freizeitgestaltung. Es gab zwar Angebote wie Schwimmen, Billard oder Kegeln, diese wurden allerdings von den weiblichen Rehabilitanden wenig genutzt. Stattdessen wurde sich gewünscht, dass z.B. abends Gruppenarbeiten angeboten werden würden. Es sei schade gewesen, dass vor allem nach dem Abendessen die gegebene Zeit nicht genutzt wurde, um sie in Gesellschaft mit Freizeitaktivitäten zu gestalten.

„Also basteln, malen irgendwie so Beschäftigung abends. Bisschen was flechten, von mir aus auch schon Weihnachtssterne ist ja auch nichts dagegen, aber so, dass man jetzt im Sitzen und leichte Musik im Hintergrund abends so für eineinhalb Stunden was machen könnte“

(Frau G_T1)

Positive Äußerungen zur Zufriedenheit mit den Freizeitangeboten

Insgesamt gab es eher weniger positive Aussagen zur Zufriedenheit mit der Freizeitaktivität. Als positiv wurde vor allem die Lage der Rehaklinik in der Natur, in diesem Fall am Meer, gesehen. Fernab vom Alltagsstress konnte man in seiner Freizeit die Ruhe genießen. Einige Rehabilitanden gingen regelmäßig am Strand spazieren, wodurch es ihnen besser ging, oder tobten sich nach den therapeutischen Anwendungen noch im Fitnessbereich aus.

„Ja wie gesagt, hier ist halt super Lage, das Meer das beruhigt einen, das tut einem gut“

(Herr I_T1)

„Natürlich, man erlebt seine Gedanken, seinen Kopf. Hier hast du keine Probleme. Also, ach, es klingelt, wer ist da? Auf einmal kannst du mal das machen für mich? Gibst du mal den Autoschlüssel, ich muss mal dahingehen. Ich will, meine Frau sagt, was soll ich heute kochen? Ja, koch mal was du willst! Aber hier, hier gehst du einfach, was ist hier, ach das hier und so und tschüss. Das war es.“

(Herr M_T0)

„Fitness, also, im Fitnessbereich, sage ich mal auch, mich da, sage ich mal, austoben konnte. Und die Übungen, die ich denn gelernt habe, nochmal intensivieren konnte.“

(Herr A_T1)

Zufriedenheit mit den erreichten Reha-Zielen

Negative Äußerungen zur Zufriedenheit mit den erreichten Reha-Zielen

Zu ihrer Zufriedenheit mit den erreichten Reha-Zielen äußerten sich viele männliche Rehabilitanden negativ. Einige fühlten sich noch nicht gesund und hatten keine subjektive Schmerzlinderung erfahren, sie fühlten sich deshalb noch nicht bereit, in den Alltag zurückzukehren. Viele hatten sich durch die Rehabilitation eine stärkere Verbesserung ihres gesundheitlichen oder psychischen Befindens erhofft und waren über das nicht oder nicht ganz erreichte Reha-Ziel enttäuscht bzw. unzufrieden.

„Aber, ich bin mit den Ergebnis am Ende halt noch nicht ganz zufrieden“

(Herr A_T1)

„Mit den Psychisch hat mir nicht so viel geholfen.“

(Herr B_T1)

„Und die zentralen Ziele sind leider für mich halt, haben nicht zum Erfolg geführt, so dass ich immer noch Probleme beim Sitzen habe und immer noch nichts heben kann.“

(Herr A_T1)

Auch die weiblichen Rehabilitanden äußerten sich unzufrieden über die erreichten Reha-Ziele und hätten sich teilweise einen längeren Aufenthalt in der Rehabilitation, für eine Verbesserung der Gesundheit, gewünscht. Die gegebene Zeit in der Rehabilitation sei zu kurz gewesen, um die gesetzten Reha-Ziele zu erreichen und eine gesundheitliche Verbesserung zu erfahren. Eine Rehabilitandin berichtete, dass am Ende ihrer Rehabilitation keine Verbesserung, sondern sogar eine Verschlimmerung der Schmerzen eingetreten sei. Sie sei während der Therapien mit ihren Schmerzen überfordert gewesen. Vor allem wenn die gewünschte gesundheitliche Verbesserung in der Rehabilitation nicht eintrat, gingen die Rehabilitanden mit weniger Hoffnung und einer Verschlechterung ihrer psychischen Situation aus der Rehabilitation hinaus.

„Die drei Wochen haben nicht ausgereicht. Ich meine, ich will gerne nach Hause, aber jetzt rein von der Genesung her müsste ich jetzt noch zwei Wochen haben“

(Frau G_T1)

„Vorgestellt. Ich habe immer gehofft, meine Schmerzen weggeht. Und Schmerzfrei nach Hause geht. Aber leider das hat nicht geklappt.“

(Frau D_T1)

Positive Äußerungen zur Zufriedenheit mit den erreichten Reha-Zielen

Positiv äußerten sich die männlichen Rehabilitanden über die in der Rehabilitation gelernen Übungen, die bei manchen zu einer besseren Beweglichkeit und Schmerzverringern geführt hätten. Viele Rehabilitanden waren mit dem Ziel in die Rehabilitation gegangen, ihre Schmerzen zu verringern und schafften dies auch, so dass sie am Ende eine niedrigere Punktzahl auf der Schmerzskala angeben konnten und zufrieden aus der Rehabilitation gingen. Die Erholung vom anstrengenden Arbeitsalltag erschien vielen als eine wohltuende Pause und die sportlichen Therapien hätten sich positiv auf Verspannungen und Schmerzen ausgewirkt. Da viele männliche Rehabilitanden körperlich anstrengende Arbeit verrichteten, zum Beispiel auf dem Bau schwer heben mussten, konnten sie durch die Schmerzverringern nach der Rehabilitation körperlich gestärkt in ihren Arbeitsalltag zurückgehen und fühlten sich nun auch psychisch besser darauf vorbereitet. Rehabilitanden, die niedrige

Vorerwartungen zu Beginn der Reha angaben bzw. ohne konkrete Ziele in die Rehabilitation starteten, berichteten, dass sie durch die erreichten körperlichen Verbesserungen am Ende der Reha zufrieden mit den erzielten Ergebnissen seien. Auch wenn manchmal nicht direkt das zu Anfang gesetzte Ziel erreicht wurde, so wurde doch oft ein Zwischenweg zu einem besseren körperlichen Bewusstsein und Umgang mit den Schmerzen erlernt, wodurch die Rehabilitanden gefühlt ein Ziel erreicht hätten und gestärkt aus der Rehabilitation gingen. Viele erkannten, dass sie einsichtiger mit ihrer Erkrankung und ihrem Körper umgehen müssten und dass ihre Probleme sich zwar nicht durch ein paar Tage Reha-Aufenthalt lösen würden, aber mit dem erlernten Wissen, wie sie ihre Schmerzen verringern konnten, hätten sie ein „kleines“ Ziel erreicht. Einige waren schon zufrieden, dass sie während der Rehabilitation Gewicht verloren hatten. Ein Patient, der sein eigentliches Ziel nicht erreichen konnte, entschied am Ende der Rehabilitation, dass er sich beruflich umorientieren werde, und hatte somit indirekt doch ein Ziel erreicht.

„Richtig. Was ich nicht wusste, habe ich hier gelernt, ja. Und das ist, denke ich, der Sinn der Sache.“

(Herr M_T1)

„Weil ich bin ja hier um auch gesund zu werden. Diesen Ziel habe ich zu achtzig Prozent, fünfundsiebzig, achtzig Prozent geschafft. In Skala von eins bis zehn, als ich hier ankam, Schmerzskala war neun, jetzt liege ich irgendwo bei vier, fünf. Und das war auch mein Ziel.“

(Herr L_T1)

„Gewisse Ziele nicht. Aber ich habe Wege gefunden, sage ich mal, das habe ich der Reha zu verdanken, wie man damit umgeht, wie man Schmerzen mindert. Und, ja. Wie man, quasi, damit besser umgeht. Besseres Körperbewusstsein auch.“

(Herr A_T1)

Auch die weiblichen Rehabilitanden äußerten sich positiv über die in der Rehabilitation erreichten gesundheitlichen Verbesserungen. Selbst wenn keine komplette Heilung erreicht werden konnte, ist das Ziel einer Verbesserung der körperlichen Bewegungsfreiheit und Reduktion der Schmerzen oft erreicht worden. Teilweise ging der erzielte Gesundheitszustand sogar über die Erwartungen hinaus, vor allem wenn die Rehabilitanden ohne Erwartungen in die Rehabilitation gegangen waren. Viele kehrten durch die erlebte gesundheitliche Verbesserung motiviert und gestärkt zurück in ihren Alltag und fühlten sich wieder fitter mit ihrem Körper.

„Natürlich, gesundheitlich hat es mir sehr viel gebracht. Ich kam ja nach zehn Tagen nach der Operation hier an. Meine ersten Schritte mit dem Rollator waren natürlich sehr anstrengend. [...] und jetzt bin ich so einigermaßen fit. Also für mich war der Weg sehr lang. Es waren drei Wochen, die ich brauchte einfach.“

(Frau G_T1)

„Also wie gesagt, der Schmerz ist halt wirklich so Nebensache geworden. Es ist so eher so die Hauptsache ist so diese Anwendungen zu machen [...] Ja, man kann den Kopf wirklich schon wieder zur rechten Schulter drehen und das auch ohne Vorsicht, weil am Anfang, ja das ging fast gar nicht teilweise.“

(Frau F_T1)

Zufriedenheit mit den Therapien

Negative Äußerungen zur Zufriedenheit mit den Therapien

Einigen männlichen Rehabilitanden gefielen einzelne Therapieanwendungen nicht, wie z.B. die Muskelentspannung nach Jacobsen, so dass stattdessen lieber andere Anwendungen im Therapieplan gewünscht wurden. Von einem Rehabilitanden wurde kritisiert, dass die Anwendungen wenig abwechslungsreich seien. Es wäre schön gewesen, wenn nach einigen Anwendungen eine Änderung der Therapie stattfinden würde. Die dem Arzt mitgeteilten Änderungswünsche seien darüber hinaus teilweise nicht berücksichtigt worden. So wurden von einigen Rehabilitanden Zusatztherapien, zum Beispiel Massagen gewünscht, die aber oft zu teuer gewesen wären. Ein Rehabilitand berichtete auch, dass durch die Therapie eine Verschlechterung seiner Schmerzen eingetreten sei und er mit einer Übung überfordert gewesen wäre. Er habe zusätzlich zu seiner Bandscheibenproblematik nun auch Knie-schmerzen. Wenn bei der Therapieanwendung ein neuer Therapeut anwesend wäre, müsse man erneut seine Beschwerden darlegen und würde dadurch viel Zeit verlieren. Stattdessen wurde bevorzugt, den Kurs mit dem vertrauten Therapeuten fortzuführen. Es wurde kritisiert, dass die Behandler der Therapien zu oft wechselten. Auch wurde beklagt, dass während der Therapien nicht genug auf die einzelnen Probleme und Beschwerden der Rehabilitanden eingegangen worden sei, stattdessen habe jeder in der Gruppe dieselben Übungen machen müssen, obwohl bei manchen Übungen so Beschwerden einzelner Pati-enten verstärkt wurden. Viele Rehabilitanden äußerten sich negativ über die kurze Dauer der Behandlungen und die geringen Abstände zwischen den einzelnen Therapien. Wenn man mit der einen Therapie angefangen habe, würde man nach gefühlt 15 Minuten schon

wieder zur nächsten hetzen. Da es zwischen den Therapien oft keine ausreichenden Pausen gäbe, wären die Rehabilitanden aufgrund der Therapieplanung gestresst gewesen. Sie hätten lieber mehr Einfluss auf ihre Therapieplanung gehabt, einzelne Therapien, die ihnen sinnlos erschienen, weggelassen und dafür andere öfter in den Therapieplan hineingenommen. Außerdem wurde gewünscht, bei Überforderung durch den Therapieumfang und die Therapieintensität mehr Pausen einbauen zu können.

„Ja, wenn irgendwas, zum Beispiel, mich hat Jacobsen gestört, ich mag diese Anwendung nicht, obwohl das, was für Muskellockerung ist oder so. Ich kriege dabei mehr Stress als Entspannung.“

(Herr M_T1)

„Ja. Es ist wichtig, dass man von Anfang an, bei eine bestimmte Therapie, ein Therapeut oder eine Therapeutin haben sollte. Einmal gab es eine [...] Wechsel, intern, bei der eine nicht da war oder krank. Und meine Therapeutin musste woanders hin und ich habe ein anderen bekommen und das ist natürlich, das war in der vierten Anwendung, und er fragte mich, ja, was haben Sie und. [...] Null anfangen, er hat alles in der Hand und er muss noch was ausfüllen, das hat er auch nicht gemacht. Also für ihn war das, glaube ich, einfach husch, husch. Die Stunde, die halbe, die zwanzig Minuten rum und der hat sein Job erledigt, aber diese Anwendung hat mir nichts gebracht.“

(Herr L_T1)

„Und ganze Tag, was ist das denn? Nur lasse dich nicht in Ruhe, kannst du dahin gehen, dahin gehen, dahin gehen. Und z.B. morgen ich glaube ich habe gar keine Zeit. Weil ich gucke hier. Wie viel Minute, 8:30 geh da, wie viel Minute mach ich das und komm ich zurück 09:15 da, wie viel Minuten mach ich das, mach ich das, mach ich das.“

(Herr C_T0)

Auch die weiblichen Rehabilitanden äußerten gegenüber ihrem Arzt Therapiewünsche, hierunter vor allem Massagen und Fango-Behandlungen, die allerdings teilweise nicht genehmigt wurden. Zwar fanden einige spezielle Massagearten statt, diese seien aber schmerzhaft und würden nicht wohltun. Auch hier gab es Fälle, in denen die Therapie als monoton empfunden wurde und sich die Rehabilitanden im Laufe der angesetzten Termine langweilten. Außerdem wurde kritisiert, dass durch einige Behandlungen, wie Qigong, die subjektive Schmerzwahrnehmung verstärkt wurde, so dass die Rehabilitanden nicht mehr aktiv an den Übungen teilnahmen. Auch der Therapieumfang wurde von den weiblichen Rehabilitanden kritisiert, wenn es zu viel werden würde, dann würden sie auch mal nicht hingehen zu einer Therapie. Viele beschrieben, dass manche Therapien zu lange oder

ermüdend waren, zum Beispiel, wenn vorher schon eine Stunde Sport gemacht wurde. Es fehlten vielen zuerst die einfacheren Übungen, die nicht zu lange dauerten und sportlich nicht zu anspruchsvoll waren. Andererseits beklagten andere Rehabilitanden, dass es zu wenige Therapieeinheiten gab. Teilweise wurde gewünscht, dass Behandlungen im Schwimmbad länger dauerten, weil sich alleine das Umziehen für die kurze Therapieeinheit nicht lohnen würde. Teilweise würde man die Räumlichkeiten für die Therapien nicht rechtzeitig finden, weil das Haus so groß sei und man es noch nicht kenne. Teilweise berichteten Rehabilitanden, dass besprochene Änderungen in der Therapieplanung nicht vorgenommen wurden, was zu körperlichen Überforderung, Schmerzen und Unzufriedenheit führte.

„Aber dass ich dann verlangt haben, dass ich da, weil ich Schmerzen habe, dass ich etwas andere Sache kriege, so eine warme, warme, wie heißt es? Warme Massage, wo man sich hinlegt, sowas kriege, haben sie mir gesagt, nein, das wäre jetzt zu schnell und ich weiß nicht, was sie damit gemeint haben. Was heißt denn schnell? Sie müssen ja nicht für mich extra was einfliegen lassen ne?“

(Frau K_T1)

„Ja z.B. mache manche Sportarten z.B. diese Qigong habe ich fünf Mal gekriegt, das müsste glaube ich nicht fünf Mal, das war auf Dauer langweilig“

(Frau K_T1)

„Ja, die Abläufe waren schlecht zusammengeschrieben, muss ich sagen. Das war also letzte Woche hatte ich ja diesen, wo mir schlecht wurde, und diese Woche hatte ich den gleichen Plan wieder. Obwohl das eingetragen wurde und ich hatte gestern [...] zum Beispiel erst Fahrradfahren, dann hatte ich Massage dann wäre ich in der Schwimmhalle und das alles, 14.10 Uhr war ich fertig um 15:00 Uhr sollte ich in der Schwimmhalle sein. [...] Das war viel zu sehr anstrengend auch für das Herz und für den Kreislauf. [...] Und ich habe es gemerkt, ich habe mich um 14.30 Uhr hingelegt oder 14.15 Uhr, und habe sogar das Abendbrot verschlafen. Ich kam nicht hoch, ich war so kaputt. Und wenn ich jetzt noch in der Schwimmhalle noch gewesen wäre, dann wäre ich wahrscheinlich wieder zusammengesackt. Also das war natürlich nicht, obwohl der Arzt das ja auch wusste.“

(Frau G_T1)

„Das ist zu viel. Wenn ich Gymnastik mache, für mich ist der Körper, irgendwie zittert und sagt, legt dich hin, Beine hoch. Weiter kann ich nicht. Manchmal ich setzte dahin, ich sage, ich schaffe das nicht. [...] Nicht so viel Bewegung, dann habe ich mehr Schmerzen.“

(Frau D_T1)

Positive Äußerungen zur Zufriedenheit mit den Therapien

Positiv hingegen äußerten sich viele männliche Rehabilitanden über die einzelnen Therapieanwendungen. Während der Anwendungen hätten die Rehabilitanden gelernt, wie man durch gewisse Übungen Schmerzen verringern könne. Vor allem einfache Bewegungen, die bisher im Alltag falsch ausgeführt wurden, oder Atemtraining, haben einen prägenden Effekt hinterlassen. Die in den Therapien erlernten Übungen wollen sie auch zu Hause weiterhin anwenden und ihre Bewegungsabläufe im Alltag mehr berücksichtigen. Zu Beginn der Rehabilitation berichteten die Rehabilitanden vor allem über den positiven Effekt durch die Therapien. Es ließe sich schon nach kurzer Zeit durch die neu erlernten Übungen eine verbessernde Wirkung auf die körperliche Beweglichkeit mit weniger Schmerzen und einsetzendem Muskelaufbau erkennen. Neben den Therapien habe auch die verstärkte Anwendung der Übungen in der Freizeit nach den Therapien einen großen Effekt gezeigt. Die Übungen konnten dadurch intensiviert werden, die Therapien wirkten also motivierend. Vor allem wurden die positiven Wirkungen von Physiotherapie, Osteopathie und dem Bewegungsbad betont. Die Aussagen über die Therapieplanung waren sehr unterschiedlich. Der Therapieplan, der zuvor von einigen Rehabilitanden als zu überladen kritisiert worden war, wurde von anderen männlichen Rehabilitanden als sehr gut durchstrukturiert und geplant gelobt. Es sei gut, dass man so viel in Bewegung sei und sich nicht langweile. Auch die Dauer der Anwendungen wurde von körperlich aktiveren Rehabilitanden als ausreichend beschrieben.

„Dann habe ich mich total falsch bewegt. Zum Beispiel, wenn ich etwas aus dem Boden heben wollte, habe ich mich einfach gebeugt, jetzt beuge ich mich nicht. [...] Ich gehe in die Knie, ich komme mit den Knien wieder hoch, das ist ein Beispiel“

(Herr M_T1)

„Erst mal Körperbewusstsein ist besser geworden. Bestimmte Übungen, die ich vorher gemacht habe, mache ich nicht mehr. Andere habe ich natürlich jetzt aufgenommen, die dann besser helfen.“

(Herr A_T1)

„Und Bewegungsbad, das ist das Entspannteste was es gibt, weil sie ja nicht belastet sind auf Ihren Knochen, Körper, Gelenke, wie auch immer, und in Wasser dann eben schwimmen.“

(Herr L_T1)

„Ja, also von Anwendung her bin ich so sehr zufrieden also hier.“

(Herr J_T1)

Auch die weiblichen Rehabilitanden betonten, dass sie in der Rehabilitation viel Neues dazu gelernt hätten, was sie in Zukunft in ihren Alltag integrieren wollten. Die einzelnen Therapieanwendungen und deren Umsetzung wurden positiv bewertet. Vor allem wurden auch die entspannenden Therapien gelobt. Z.B. Kneipp-Anwendungen, Massagen, Warmwassertherapien und das Bewegungsbad wirkten sich beruhigend aus und hätten auch einen positiven psychischen Effekt. Durch die Therapien hätten sich die Schmerzen verringert, Ängste gelöst und sich die gesundheitliche Situation verbessert. Einzelne Bewegungen aufgrund des positiven Effekts der Therapien wieder durchführen zu können, löste ein Erfolgserlebnis aus. Die Einschätzungen waren je nach körperlicher Fitness und emotionaler Lage der Rehabilitanden sehr unterschiedlich. Es habe keine Probleme bei den Therapieabläufen gegeben, und auch die Therapieplanung wurde positiv bewertet, es sei abwechslungsreich gewesen und durch die Häufigkeit der Therapien nicht langweilig geworden.

„Hier habe ich dann gelernt, sagen wir mal, anders umzusetzen, dass man Sport machen kann, und auch wenn man wenig Zeit hat, und dass man dann auch vielleicht, das bringt was.“

(Frau K_T1)

„Die Therapien, die ich gemacht habe, sei es Schwimmen, Fahrrad, Massage und so weiter waren wirklich in Ordnung, waren alle lieb, auch so von den Zeiten her, das kam auch ganz gut hin.“

(Frau G_T1)

Zufriedenheit mit den Seminaren

Negative Äußerungen zu den Seminaren

Die männlichen Rehabilitanden äußerten sich größtenteils negativ zu den Seminaren. Sie würden zu lange dauern und sich wiederholen. Schon bekannte Seminare habe man, ohne Erfolg, versucht aus seinem Therapieplan zu streichen und müsse sie sich gelangweilt nochmals anhören. Vor allem die Patienten mit Schmerzen oder die frisch operiert worden waren und nicht lange sitzen konnten, beschwerten sich über die Länge der Seminare. Außerdem seien die Seminare nicht speziell auf die Rehabilitanden zugeschnitten gewesen, so habe man sich Themen zu Krankheitsbildern anhören müssen, die einen nicht betrafen. Es wurde auch die Verteilung der Seminare kritisiert. Vor allem in der ersten Woche hätte es

überwiegend gegeben. Da auch allgemein bekannte gesundheitliche Themen in den Seminaren behandelt wurden, fanden viele männliche Rehabilitanden sie überflüssig. Jeder wisse, dass man nicht rauchen solle und wie man gesund leben könne, es sei anstrengend, sich lange Vorträge über allgemein bekannte Themen anzuhören, der Patient, der selbst rauche, wisse natürlich, dass dies nicht gesund sei. Stattdessen seien andere wichtige Themen wie Wirbelgleiten nicht genug behandelt worden. Da die Seminare als sinnlos betrachtet wurden, seien sie von den Rehabilitanden auch nicht regelmäßig besucht worden.

„Und da, war ich absolut nicht zufrieden, was die Seminare angeht. Weil, viele für mich überflüssig waren, halt. Und, ob es jetzt Ernährungsberatung angeht, aber auch mal, wie man was aufhebt. Ich glaube, also. Ich habe nichts dazu gelernt, sage ich mal. Und da, kann ich ehrlich sagen, ein, zwei Seminare habe ich auch dann gesagt, da gehe ich nicht hin, weil sie mir nichts bringt.“

(Herr A_T1)

„Ich kann nicht so lange sitzen und auch nicht so lange stehen. Ja und dann wie gesagt, du kennst das schon, du musst es nochmal anhören. Dann sind manche Seminare sehr in die Länge gezogen, dann gehen die über eine Stunde. Und die erzählen, und erzählen, erzählen, erzählen und ja da habe ich gesagt ‘wie sieht es aus, kann man die Seminare nicht rausnehmen?’ und da sagt er, ‘Nein, das geht nicht’ weil wegen der Rentenkasse.“

(Herr I_T1)

„Manche Sachen, die man nicht hat, ist zwar schön, dass man das mal gehört hat, aber so z.B. Arthrose, ich habe keine Arthrose. Und das hier wird ja, hier gibt es ja sämtliche Seminare. Also jeder hat ja ein anderes Krankheitsbild und das war halt in meinem Fall uninteressant.“

(Herr I_T0)

„Und das Seminar Katastrophe und jedes Seminar 70 Minuten, 80 Minuten. [...] Ich war paar Mal war da. Eine Teil drei Mal. Ich habe gesagt, was ist das und sonst halbe Stunde habe ich gesessen und raus. Da viele wollten raus, alle. Weil der sagt Zigarette, z.B. Zigarette ist nicht gesund, Alkohol ist nicht gesund, Drogen ist nicht gesund, das ist nicht gesund. Ich glaube, dass jeder Mensch weiß, was ist gesund, was ist nicht gesund. [...] ich weiß ganz genau, was ist gesund für mich. Ich weiß ganz genau, Zigarette ist nicht gut, aber ich rauche.“

(Herr C_T1)

Auch die weiblichen Rehabilitanden äußerten sich kritisch über die Seminare. Sie seien schlecht aufgebaut gewesen und die Seminarleiter hätten sich teilweise keine Mühe gegeben, den Stoff den Rehabilitanden näher zu bringen. Stattdessen seien einfach Zettel

verteilt worden, und das Seminar war dann zu Ende. Solche Seminare könne man sich auch sparen. Wie schon die männlichen Rehabilitanden kritisierten auch die weiblichen, dass man unter Schmerzen nicht lange in einem Seminar sitzen und zuhören könne. Die Seminare haben zu lange gedauert und seien teilweise langweilig gewesen.

„Ja, wir waren zwei oben, also noch eine ältere Dame. Dann wollten wir zum Osteoporose Seminar. Haben wir auch uns hingesezt [...]. Sie kam und schlug eine Mappe auf und sagte, [...] Hier sind die zwei Seiten, können sich durchlesen. Hier sind die zwei Seiten, bitteschön und wir sehen uns, wenn sie noch Fragen haben. Und zehn nach zehn waren wir draußen. Haben wir uns beide angeguckt und haben gesagt, da können wir auch wieder rauchen gehen.“

(Frau G_T0)

„Ah, die Seminare. Also ich konnte ja nicht lange sitzen, ich krieg ja da wirklich je nach Thema, sag ich immer, wenn das Thema mir dann auch sehr nahe geht, merke ich so, boa ich kann gar nicht lange sitzen, das wird dann doch zu eng, zu kribbelig, keine Ahnung.“

(Frau F_T1)

Positive Äußerungen zu den Seminaren

Männliche und weibliche Rehabilitanden äußerten sich jedoch auch positiv zu den durch die Seminare gewonnenen Informationen. Vor allem wenn die Themen die eigene Erkrankung oder eigene Probleme betrafen, wurde aktiv teilgenommen und Interesse gezeigt. Diese Seminare seien gut aufgebaut gewesen und hätten nicht zu lange gedauert. Interessant fanden die weiblichen Rehabilitanden auch, die Erfahrungen und Erlebnisse anderer Rehabilitanden zu hören, und die Möglichkeit, sich in den Seminaren austauschen zu können. Den Umgang anderer Rehabilitanden mit der Erkrankung zu sehen, schaffe einen Lerneffekt und eine Motivation bezüglich der eigenen Situation.

„Sei es jetzt Diabetes Kost, oder wie ernähre ich mich richtig [...] Es war interessant, es wurde auch gut aufgebaut und das war nicht zu lange.“

(Frau G_T1)

„Wir hatten auch klar Seminare über die Krankheit [...] also ich fand es immer sehr so als Schlüsselerlebnis so andere Menschen kennenzulernen und zu sehen hey boa dem geht es ja noch schlimmer oder was hat denn der schon oder hey, fünffacher Bandscheibenvorfall, (unverständlich) um Gottes Willen. Und dann war immer so, also dann war ich immer bisschen 'es gibt echt schlimmeres' [...] wenn du dann vergleichst zu anderen Extremen, dann hat man ja schon so Dankbarkeitsgefühl, sag ich mal.“

(Frau F_T1)

Zufriedenheit mit den behandelnden Ärzten

Negative Äußerungen zu den behandelnden Ärzten

Die männlichen Rehabilitanden wünschten sich vor allem einen häufigeren Arztkontakt. Außerdem seien die Ärzte teilweise zu spät zu den vereinbarten Terminen gekommen oder man habe bei Problemen lange warten müssen. Viele Rehabilitanden berichteten über Schwierigkeiten, ihre Schmerzen zu unterbinden und mit den hierfür benötigten Medikamenten entsprechend versorgt zu werden. Oft fühlten sie sich mit ihren Problemen alleine gelassen und nicht ausreichend gut betreut und behandelt. Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient habe oft nicht gut genug funktioniert. Die Ärzte würden die Therapien nicht genug erläutern, so dass diese nicht ausreichend verstanden wurden und wegen mangelnder Einsicht teilweise wieder abgebrochen wurden. Es wurde kritisiert, dass z.B. trotz Schmerzen zu viele Bewegungstherapien verschrieben wurden und der Arzt die Probleme des Rehabilitanden nicht ausreichend ernst nehme und seine Wünsche zu wenig berücksichtige. Zum Beispiel sei der Therapieplan trotz des Wunsches des Rehabilitanden vom Arzt nicht abgeändert worden, so dass sich die Rehabilitanden mit ihren Problemen und Schmerzen alleine gelassen fühlten und mit den intensiven Therapien überfordert. Negativ bewertet wurde auch der häufige Arztwechsel, wodurch keine Vertrauensbasis zum behandelnden Arzt geschaffen werden konnte. Ein männlicher Rehabilitand beschrieb den schlechten Umgangston eines Arztes, den er als sehr unhöflich und unprofessionell bezeichnete. Oft habe keine ausreichende Aufklärung stattgefunden und die Rehabilitanden seien nicht ausreichend über die Therapie informiert worden, so dass auch die Akzeptanz und ihre Motivation darunter gelitten hätten. Die Rehabilitanden wünschten sich mehr Gespräche mit ihren Ärzten und keine abfertigende und schnelle Behandlung. Es wurde gewünscht, dass der Patient als Ganzer behandelt werde und mehr Untersuchungen und Diagnostik durchgeführt würden, um auch andere Beschwerden abzuklären. Auch wurde erwartet, dass die Krankheit und Schmerzen stärker durch Medikamente behandelt würden, bei einigen Rehabilitanden entstand der Eindruck einer Unterbehandlung. In Folge seiner Unzufriedenheit und dem Empfinden von mangelndem Interesse am Patienten beschrieb ein Rehabilitand die Rehaklinik als reines Geschäftsmodell zum Geld machen.

"Können Sie das nicht vielleicht wenigstens rausnehmen? Nordic Walking, dann hat sie gesagt 'nein, nein das geht nicht. Auf keinen Fall, das ist gut und das bringt was.' Ich habe gesagt 'Ja, ich glaube, dass es gut ist und was bringt, aber mir ist es einfach zu viel', sag ich, 'ich kann nicht mehr'. Und dann hat sie gesagt 'Ja, dann geben wir Ihnen Tabletten'. Dann habe ich gesagt 'Ich möchte keine Tabletten. Ich habe Zuhause, ich hab schon alles gemacht. Ich habe alle Tabletten schon ausprobiert, es schlägt nicht an. Schmerzen sind trotzdem da. ' Wie gesagt wegen Nerven und so. Und dann haben sie gesagt 'Doch, doch' und so und dann habe ich mich halt überreden lassen."

(Herr I_T0)

„Hatte ich drei verschiedene. Weil dann war der eine nicht da, dann war der andere krank, dann war Urlaub, dann war hier, dann war da. Und das Abschlussgespräch war u.a. wieder bei einem anderen Arzt. Und der Arzt schon von Anfang an, wo ich rein gekommen bin, da hat man schon gleich gesehen, er hat schlechte Laune, er hat irgendwie schlecht geschlafen. Irgendwas keine Ahnung, er hat gerade kein Nerv einfach. [...] wie gesagt, er war halt abgenervt, weil er das jetzt mit mir machen musste, mich da aufklären musste und so. Da hat er keine Lust zu gehabt. Er hat das ja auch wortwörtlich so gesagt.

(Herr I_T0)

„Na klar, ich hätte erwartet von meine Ärztin oder Arzt, dass er mit mir sitzt und sagt 'Sie machen mit dem so und so, wir planen dann das und jenes.' Das wäre mir viel lieber, aber ich lese es, um diese Zeit muss ich da und dort und. Ich guck mir selber und lese, aber was es ist, weiß ich auch nicht."

(Herr E_T0)

„Nein. Seit fast drei Wochen bin ich hier. Nur zwei Mal war beim Arzt und nur habe ich so gesessen. Er hat nur Blut kontrolliert und sonst gar nichts."

(Herr C_T1)

Auch die weiblichen Rehabilitanden äußerten sich negativ über ihre betreuenden Ärzte, da sie oft das Gefühl hatten, dass ihre Wünsche nicht ausreichend berücksichtigt wurden und sie häufig unzufrieden mit den Entscheidungen der Ärzte waren. Manchmal wurde eine Verlängerung der Reha angefragt und vom Arzt nicht stattgegeben, im Vergleich mit anderen Rehabilitanden, die scheinbar geringere Probleme hatten, stieß dies bei einigen weiblichen Rehabilitanden auf Unverständnis. Sie wünschten, dass man mehr Zeit im Gespräch mit dem Arzt gehabt hätte, damit man auch andere Probleme zu Wort bringen könne und ganzheitlich behandelt werden würde. Aber oft sei keine Zeit gewesen für ein ausführlicheres Gespräch und kein Raum für Nebendiagnosen. Die ganzheitliche Betrachtung durch den Arzt, erwarteten viele als selbstverständlich, da ihre Beschwerden oft miteinander

zusammenhängen. Diese war allerdings nicht gegeben, so dass viele das Gefühl hatten, sie würden nur in ihrer Hauptdiagnose behandelt und abgefertigt werden. Wie schon zuvor von den männlichen Rehabilitanden, wurde auch von den weiblichen Rehabilitanden der häufige Arztwechsel kritisiert. Außerdem wurde betont, dass die schmerztherapeutische Behandlung nicht ausreichend stattfinden würde.

„Das wird nicht übernommen, da gibt es keine Verlängerung. Da habe ich mich gewundert, [...] die kriegen gleich mit 36 Tage, fahren jeden Morgen vor dem Frühstück einmal 18 Kilometer um den See, laufen mit den Stöckern, haben keinerlei Behinderung, jetzt optisch ne, und auch die Anderen gleich mit Verlängerung und du kriegst so ein Herzeingriff nicht, nee.“

(Frau G_T1)

„Also was ich ein bisschen schade finde, das ist aber so ein bisschen meine persönliche Meinung, dass man halt so mit den Arztterminen nicht den Raum schaffen kann, wo der Patient braucht, sag ich jetzt mal, ja. Also sprich, wenn du dann wirklich Nebendiagnosen hast und eigentlich mal sagen würdest ‘Hey hängt das zusammen, oder gibt es da eine Verbindung, oder muss ich darauf auch noch achten oder klingt das von alleine aus.’ so das hätte, wäre eigentlich optimaler gewesen, weil manchmal gibt es auch Verbindungen, oder manchmal hängt das eine mit dem anderen zusammen [...] dass man teilweise orthopädisch, kardiologisch, orthopädisch, psychosomatisch da ist. Und dann so ein bisschen diese Kombination aufgrund des Raumes, das man nicht hat. Einfach mehr durchzusprechen und zu sagen ‘Hey, ja, wie mache ich das jetzt kardiologisch, ich bin zwar orthopädisch da, aber ich habe noch das Problem.’

(Frau F_T1)

Positive Äußerungen zu den behandelnden Ärzten

Auf der anderen Seite äußerten sich auch viele männliche Rehabilitanden positiv über die behandelnden Ärzte. Sie würden sich ausreichend Zeit nehmen und die Behandlungswünsche ihrer Rehabilitanden in die Therapieplanung mit aufnehmen und Probleme berücksichtigen. Es wurden auch zusätzliche Therapiewünsche wie Massagen und Fangobehandlungen angeboten. Wenn der Arzt mit den Therapiewünschen nicht einverstanden war, erklärte er sein Vorgehen, so dass der Rehabilitand es nachvollziehen konnte und sich Rehabilitand und Arzt am Ende einig über das weitere Vorgehen waren. So wurde auch der entwickelte Therapieplan als gut erarbeitet empfunden und positiv angenommen. Als Voraussetzung für eine gute Beziehung zum Arzt wurde genannt, dass ausreichend Zeit für die Untersuchung und das Gespräch zur Verfügung stehen und dass eine gründliche körperliche Untersuchung durchgeführt werden müsse. Außerdem war für die Rehabilitanden auch

eine gute zwischenmenschliche Beziehung zum Arzt wichtig, dass er nett und interessiert war. Wenn zum Beispiel die Akte des Rehabilitanden schon bekannt war und der Arzt sich mit seinem Patienten beschäftigt hatte, wurde dies als vertrauenserweckend und gewissenhaft gewertet. Die Beratung und sofortige Behandlung oder Umstellung der Behandlung bei Schmerzen war den Rehabilitanden sehr wichtig, die Ärzte hätten Probleme ernst genommen und eine gute Behandlung durchgeführt. Selbst wenn ein Problem weiterhin bestand oder letztendlich nicht das erwünschte Reha-Ziel erreicht wurde, konnte ein gutes und erklärendes Gespräch mit dem Arzt die Rehabilitanden am Ende doch zufriedenstellen, da es wichtiger war, das weitere Vorgehen und die Situation zu verstehen. Wenn die Rehabilitanden merkten, dass ihr behandelnder Arzt mit ihrer Behandlung Mühe gab, waren sie bereit Kompromisse einzugehen und vertrauten dem verantwortlichen Arzt ihre Gesundheit an, selbst wenn diese am Ende nicht vollständig wieder hergestellt werden konnte.

„Ja, ich habe Wünsche gehabt, mit dem Arzt gesprochen und die wurden auch berücksichtigt.“

(Herr N_T0)

„Das habe ich mit meinem behandelnden Arzt besprochen und ist auch okay. Dann musste ich das nicht machen, oder er hat mir gesagt, wie ich mich dann verhalten soll. Sonst mit der Therapie und mit den Ärzten habe ich keine schlechte Erfahrungen gemacht.“

(Herr M_T1)

„Also alles sehr zufrieden. Klar, hört man von dem, er hat eine Massage bekommen, der hat das und dies, aber dann hat der Arzt auch ausführlich erklärt, warum nicht und wieso nicht. Weil letztendlich ist es für ihn nur ein Click im PC, aber er hat auch argumentiert, und das habe ich auch so angenommen, also akzeptiert.“

(Herr L_T1)

„Also die Ärzte haben ja auch, die wissen ja meine Diagnose. Die machen da auch dafür guten Therapieplan. Dann kommen wir zurecht, ne. Also große Probleme habe ich nicht gehabt hier.“

(Herr J_T1)

„Mit den Ärzten, wie ich hätte eine ganz gute Arzt gehabt, hier. Der kommt, glaube ich, aus Ukraine. Hat mich sehr geholfen, wenn ich Beschwerden habe, hat mich sofort behandelt.“

(Herr B_T1)

Auch ein Großteil der weiblichen Rehabilitanden äußerte sich positiv über ihre behandelnden Ärzte, wobei ihnen vor allem ein freundliches Auftreten wichtig war. Es wurde positiv

bewertet, dass die Ärzte ein persönliches Interesse am Patienten zeigten, zum Beispiel zusätzliches Material über ihre Erkrankung mitgaben. Vor allem die verständliche Vorgehensweise war den weiblichen Rehabilitanden sehr wichtig. Es wurde eine verständliche Sprache, die auch für Laien zugänglich ist, gewählt. Dass die Ärzte die Therapie ausführlich erklärten, Befunde besprachen, Medikamente durchgingen und dem Patienten erklärten, wurde als positiv hervorgehoben. Außerdem wurde vom Großteil der weiblichen Rehabilitanden die Dauer des ärztlichen Gespräches als lang genug gewertet, dabei haben die Ärzte auch mehrmals nachgefragt, ob es noch offene Fragen seitens der Rehabilitanden gebe. Insgesamt haben die Ärzte ein großes Interesse am Wohlergehen ihrer Patienten gehabt und dafür alles Mögliche getan und über ihre Patienten gut Bescheid gewusst. Auf einzelne Therapiewünsche der Rehabilitanden seien die Ärzte eingegangen und hätten diese in die Therapiepläne aufgenommen.

„Also mit den Ärzten habe ich eigentlich ganz gutes Klima gehabt. Mit meinem eigenen Arzt Herr S., dann auch mit den anderen Ärzten, wo wir Gespräche hatten, der eine hat mir sogar zwei CDs über Stents und sowas gebracht, auch auf Türkisch.“

(Frau G_T1)

„Alles gut. Alles gut. Ich habe keine Beschwerden über meine Ärzte. Egal was ich brauchte, jedes Mal dahin gegangen, die haben immer mich betreut und geguckt. Alles gemacht, wirklich. Das kann ich nicht meckern.“

(Frau D_T1)

Zufriedenheit mit den Therapeuten

Negative Äußerungen zur Zufriedenheit mit den Therapeuten

Sowohl die männlichen als auch die weiblichen Rehabilitanden waren überwiegend zufrieden mit den Therapeuten. Es wurde allerdings bemängelt, dass manche ihre Arbeit nicht richtig ernst nahmen und z.B. Papiere nicht ordentlich ausfüllten oder zu spät kamen. Außerdem sei die Behandlung in den Therapien teilweise nicht persönlich genug auf die einzelnen Krankheitsbilder zugeschnitten gewesen. Eine weibliche Rehabilitandin kritisierte, dass vor allem die jungen Therapeuten teilweise sportlich zu viel erwarteten und zu wenig Verständnis für die jeweilige Fitness der Rehabilitanden zeigten.

„Wünsche ist, dass sie Leute, die Therapeuten hier sagen, passen Sie auf. In der. Ich weiß in der Gruppe, da sind fünf Leute gewesen, aber alle haben Sie andere Wehwehchen. [...] Das

ist vielleicht der Therapie für die Wirbelsäule, aber ich möchte gerne einschließlich speziell, Sie haben diese OP, Sie haben diese Einschränkung“

(Herr L_T1)

„Manche waren bisschen herrisch, diese 24, 25-jährigen [...], so ein bisschen Verständnis, dass man älter ist und sich nicht mehr das so kann. Weil sie denkt immer so hop, hop, Po-backen zusammenkneifen und das geht bis zu den Ohren.“

(Frau G_T1)

Positive Äußerungen zur Zufriedenheit mit den Therapeuten

Positiv aufgefallen ist den männlichen Rehabilitanden die Hilfsbereitschaft und gute Ausbildung der Therapeuten. Die Therapeuten seien in der Behandlung bemüht gewesen, den Rehabilitanden intensiv etwas beizubringen. Betont wurde vor allem die Freundlichkeit der Therapeuten. Sie seien interessiert und aufmerksam gewesen und würden die Rehabilitanden während der Übungen beobachten und korrigieren, wodurch ein verbesserter Lerneffekt eingetreten sei, oder bei Erschöpfung Pausen anbieten. Bei Fragen hätte man immer alles genau erklärt bekommen. Selbst außerhalb der vorgegebenen Seminarzeiten habe man Therapeuten offen ansprechen können, und sie nahmen sich Zeit für die Probleme der Rehabilitanden.

„Also in dieser Reha, was mir erstmal aufgefallen ist, die Therapeuten sind gut ausgebildet. Auch die menschliche Seite ist gut ausgebildet. Ich meine, die sind sehr hilfsbereit, die verstehen ihr Werk. Also die wissen schon, was sie machen, und die behandeln uns sehr, sehr gut.“

(Herr M_T1)

„Zum Beispiel an einem Gerät war ich dran, das finde ich sehr gut, kam eine junge Dame und sagte, dass ich falsch stehe, dass ich das so machen soll und das hat mir richtig gut gefallen, weil ich habe gemerkt, Sie hat das beobachtet.“

(Herr L_T1)

Auch die weiblichen Rehabilitanden berichteten viel Positives über die Therapeuten und betonten deren Freundlichkeit und das Interesse während der Therapien. Dadurch habe man sich immer wohl gefühlt und habe keine Hemmungen gehabt, Fragen zu stellen. Die Therapeuten gäben sich viel Mühe, viel zu erklären und keine Fragen offen zu lassen. Die Rehabilitanden hätten durch die gute Qualität der Therapien und Seminare viel Neues gelernt.

„Ach, die sind alle lieb gewesen, die waren wirklich alle lieb, die sind auf einen eingegangen.“

(Frau G_T1)

„Also nach wie vor denke ich, dass die Therapeuten sehr gut sind. Also ich habe sehr gute Erfahrungen mit den Therapeuten gemacht. Für mich war das sehr ausschlaggebend, weil ich da auch sehr viele Infos bekommen habe und so ein bisschen, ja, was sich verändern könnte oder besser machen könnte.“

(Frau F_T1)

Zufriedenheit mit den Mitarbeitern

Negative Äußerungen zur Zufriedenheit mit den Mitarbeitern

Nur eine weibliche Rehabilitandin äußerte sich unzufrieden mit dem Pflegepersonal. Sie müsse oft ihre Probleme alleine bewältigen und habe bei der Versorgung keine große Unterstützung bekommen. Nach der Operation konnte sie sich nicht alleine waschen und anziehen und bekam trotz Nachfrage keine Hilfe. Man solle probieren, alleine zu Recht zu kommen, sei die Einstellung des Pflegepersonals gewesen, und so sei sie sich selbst überlassen worden. Außerdem fand sie, vom Pflegepersonal unfreundlich behandelt worden zu sein.

„Ich habe mich ein-einhalb Stunden alleine abgeseift, dann hat die eine Türkin mir den Rücken gewaschen und so. Und dann habe ich gesagt, dann brauche ich keinen mehr. Dann bin ich zum Friseur gegangen, weil ich meine Haare nicht waschen konnte, ging nicht, wegen den Narben. Wenn ich den Arm so hochkriege und mit einer Hand waschen und festhalten, das geht auch nicht. Ja, dann haben wir es überbrückt jetzt ne.“

(Frau G_T1)

Positive Äußerungen zur Zufriedenheit mit den Mitarbeitern

Über das Pflegepersonal und nicht-medizinisches Personal der Rehaklinik äußerten sich die männlichen Rehabilitanden sehr positiv. Sie seien freundlich und würden auch auf Kleinigkeiten achten. Einige Rehabilitanden betonten, dass sie ihr Zimmer nach den Anwendungen sauber vorfanden und sich deshalb wohl fühlten in der Einrichtung. Allerdings wurde bei Nachfrage nach den Mitarbeitern oder Pflegepersonal oft das Personal insgesamt erwähnt und als freundlich beschrieben.

„Alles gut, alles super. Das ist halt immer, ich denk mal, an wen man gerät so. Wie gesagt [...] Schwestern sind gut, das Service-Team ist gut. Alles, das kann man nicht meckern ne.“

(Herr I_T1)

„Aber was ich gut fand, ich habe meine T-Shirt und meine Jogginghose habe ich auf das Bett hingelegt, und als ich kam, das Bett wurde gemacht und meine Sachen wurden auch schön zusammengelegt. Das fand ich sehr lieb und sehr nett. Ja. Und sicher fühle ich meine Zimmer auch, also ich denke hier ist sicher.“

(Herr M_T0)

„Personal. Wo von wem ich gefragt habe, haben Sie alle geholfen. Sind sehr freundliche Menschen hier. Die Putzfrau ist sogar eine sehr liebliche Frau, Dame.“

(Herr B_T0)

Auch die weiblichen Rehabilitanden fanden das Pflegepersonal allgemein sehr freundlich und hilfsbereit. Das Küchenpersonal habe sich Mühe gegeben, besondere Wünsche zu erfüllen. Eine Rehabilitandin, die Analphabetin war, betonte, dass sie das gesamte Personal fragen könne, wenn ihr etwas unklar sei. Man habe ihr eine Pflegeschülerin zugeordnet, die ihr weitergeholfen habe. Der Großteil der Rehabilitanden war mit dem allgemeinen Personal sehr zufrieden.

„Aber die Schwestern und Ärzte sind alle nett. Die Küchenleute sind auch alle nett.“

(Frau H_T0)

„Auch, wenn die Küchenleute sich so unterhalten so, sage ich, man kriegt ja Gespräche mit wie man so spricht, ich möchte zum Beispiel ein Glas Milch oder bestimmtes Brot, hatten sie da [...] Haben wir da, es klappt auch.“

(Frau G_T0)

Zufriedenheit mit der Versorgung

Negative Äußerungen zur Zufriedenheit mit der Versorgung

Viele männliche Rehabilitanden bemängelten, dass es zu viele kostenpflichtige Versorgungsangebote in der Reha Einrichtung gab. So musste man zum Beispiel für das Fernsehen, Getränke, darunter v.a. Wasser, Internet, Telefon und das Parken bezahlen. Vor allem sei es problematisch, das Wasser in Kisten auf sein Zimmer zu tragen, besonders wenn orthopädische Probleme beim Rehabilitanden vorlagen. Wasser müsse auf dem jeweiligen Flur kostenfrei für jeden erreichbar sein. Es wurde gewünscht, auch türkische Fernsehkanäle zur Verfügung zu haben. Es führe zu sozialen Einschränkungen, wenn man für jedes Getränk und Fernsehen immer bezahlen müsse, man würde sich eventuell nicht so häufig

mit anderen Rehabilitanden treffen. Es wurde auch noch einmal Kritik am Essen geäußert. Es gebe z.B. für Diabetiker nicht genug Auswahl an anderen nährstoffhaltigen Beilagen, so dass sie oft Reis oder Kartoffeln essen müssten, dies habe negative Folgen für ihre Gesundheit. Frühstück- und Abendessenangebote wären fast gleich, hier würde zu viel gespart werden. Außerdem könne man nicht klar erkennen, ob es im Essen Schweinefleisch gebe oder nicht.

Die Sauberkeit wurde von den Rehabilitanden sehr unterschiedlich bewertet, zwar wurde bemängelt, dass nicht oft und gründlich genug saubergemacht werden würde. Andererseits wurde dies mit Leichtigkeit aufgenommen und schien die Rehabilitanden nicht weiter zu stören. Hingegen wurde häufig die veraltete Ausstattung als veränderungsbedürftig bemängelt. Die sanitären Einrichtungen seien überholt und nicht mehr schön, auch die Fenster müssten modernisiert werden. Die Reha-Einrichtung insgesamt sei altmodisch eingerichtet gewesen.

„Das einzige was ich jetzt im Nachhinein, was mir halt nicht so gut gefällt, dass es halt, dass man den Fernseher bezahlen muss. Das TV-Gerät. Das muss man bezahlen. Das fand ich nicht so gut. Dann Getränke muss man selber bezahlen, das ist halt auch nicht so gut.“

(Herr I_T1)

„Nein. Nein. Es ist alles. Für mich ist die Hygiene erstmal wichtig, das ist sehr wichtig. Und ja, also die, die Sanitär-Einrichtungen müssten mal getauscht werden. Die sind, da können sie putzen und machen, tun, aber es sieht nicht mehr schön aus.“

(Herr L_T1)

Viele weiblichen Rehabilitanden legten viel Wert auf die Sauberkeit in der Rehaklinik. Die Hygiene werde nicht genug berücksichtigt und der Boden sei dreckig und die Anlage veraltet. Außerdem hätte man sich gewünscht, dass die Räume etwas fröhlicher und liebevoller eingerichtet worden seien, zum Beispiel mit Pflanzen dekoriert oder mehr Farbe in den Zimmern. Die Räume seien düster, und man würde sich manchmal erschrecken beim Anblick. Es fehle auch die Möglichkeit, sich irgendwo in Ruhe zu treffen und zusammzusetzen, um etwas trinken und sich austauschen zu können. Auch die weiblichen Rehabilitanden kritisierten die kostenpflichtigen Angebote wie Telefonieren, Fernsehen oder Internet, selbst das Wasser müsse man kaufen. Sie wünschten sich Wasserspender auf der eigenen Etage. Außerdem wurden türkische Zeitungen und Fernsehsender vermisst, durch die man

informiert bleiben könne. Ein wiederholter Kritikpunkt war das schlechte Essen, es sei fast immer Fertigessen gewesen und immer gefrorenes Gemüse.

„Die Räume sind, ich weiß nicht, wie lange, das Gebäude hier steht, ist bisschen dreckig. Also der Teppichboden ist dreckig, dreckig heißt Flecken, es ist paar Flecken, man ekelt sich, ich laufe nicht ohne Pantoffel rum und barfuß laufe ich gar nicht. [...] Es ist auch etwas blass. Blass heißt, ich hatte gedacht man kriegt so vielleicht, man hätte vielleicht so eine Pflanze im Zimmer.“

(Frau K_T1)

„Ich trinke hier Leitungswasser. [...] Ja. Sie geben es hier mit Geld. Eine Kiste kostet sechs Euro.“

(Frau H_T0)

„TRT Sender, der über Kabel zu erreichen ist, die gibt es hier nicht. Es gibt auch keine Zeitung, die man kaufen kann. [...] Türkische meine ich jetzt ne, aber so einmal die Woche schalte ich mal durch und mal gucken und das war nun gar nicht, da bin ich jetzt quasi fünf Wochen nicht informiert worden.“

(Frau G_T1)

Positive Äußerungen zur Zufriedenheit mit der Versorgung

Ein Großteil der männlichen Rehabilitanden äußerte sich positiv über die Versorgung in der Einrichtung. Selbst wenn die Sauberkeit teilweise bemängelt wurde, wurde dies mit Leichtigkeit aufgenommen und schien die Rehabilitanden nicht weiter zu stören. Es werde auf die regelmäßige Reinigung geachtet, und die Zimmer seien sauber und praktisch eingerichtet gewesen. Es seien auch Sonderwünsche erfüllt worden, z.B. bei einem Rehabilitanden mit Allergie. Positiv hervorgehoben wurde, dass man Einzelzimmer und einen Fernseher im Zimmer habe. Als positiv bewertet wurde auch die Lage der Einrichtung, das Wasser in der Nähe zu haben wirke sich beruhigend aus.

„Wenn ich jetzt mal mein Zimmer besucht habe, nach der Anwendung, was ich als erstes gesehen habe, die Handtücher sind neu gemacht worden, mein Bett ist gemacht worden, der Mülleimer ist entleert worden, also da weiß ich schon, dass einer da gearbeitet hat.“

(Herr M_T1)

Viele weibliche Rehabilitanden bewerteten die Sauberkeit in der Einrichtung und in den Zimmern positiv. Es werde regelmäßig alles von der Putzfrau gereinigt. Auch das Essensangebot sei ausreichend groß gewesen. Einer weiblichen Rehabilitandin war vor allem der

Ausblick von ihrem Zimmer auf das Meer wichtig, das Zimmer sei nebensächlich. Die Zimmereinrichtung sei gut angepasst an die Rehabilitanden, zum Beispiel könnten herzkranken Rehabilitanden ihr Bett verstellen oder bei Bewegungseinschränkungen könne man die Einrichtung im Bad verändern.

„Ja, wahrscheinlich habe ich auch ein schönes Zimmer gekriegt, aber ist ja egal. Hauptsache ich habe bisschen so ein Blick zum Meer.“

(Frau K_T0)

„Ja. Ich bin mit alles zufrieden. Immer frische Handtücher bekommen, meine Bad war immer Tip Top sauber. Ich habe keine Beschwerden über Putzfrau oder jemandem, weil alles richtig toll war.“

(Frau D_T1)

3.5. Verbesserungsvorschläge

Verbesserungsvorschläge zur Einrichtung

Als verbesserungswürdig nannten die männlichen Rehabilitanden, dass es in der ganzen Einrichtung freien Internetempfang geben müsse. Auch die Gebühren für das Fernsehen und Wasser müssten entfallen. Außerdem wurde es als sinnvoll erachtet, das freie Schwimmen und andere Freizeitaktivitäten nach Zeiten für Gruppen aufzuteilen, damit zum Beispiel das Schwimmbad nicht überfüllt sei. Vor allem wurde der Wunsch nach einem türkischsprachigen Fernsehkanal und türkischen Zeitungen geäußert. Bei der Zimmerausstattung wurde zusätzlich ein Kühlschranks gewünscht, um z.B. Getränke kühlen zu können. Auch könne man noch mehr Flächen anbieten, auf denen die Rehabilitanden in ihrer Freizeit Sport machen könnten.

„Ja, da halt auch die Sachen wegen WLAN auf jeden Fall. WLAN müsste es im Ganzen, eigentlich hast du hier keine Ahnung, wie die das machen. Ich habe auch einen Router bei mir Zuhause und ich habe den im Garten, vorm Haus im ganzen Haus.“

(Herr I_T1)

„Ja wie gesagt türkische Sender. Ich habe nichts gehört, manchmal hole ich mir Zeitung, die kommt ja auch nicht immer. Das ist der Einzige, also fehlt sag ich mal.“

(Herr J_T1)

„Zum Beispiel, warum nicht. Ein paar extra Sport oder Salon, dass man extra bauen, können die Leute freiwillig dahingehen und Sport machen können.“

(Herr B_T1)

Die weiblichen Rehabilitanden schlugen als Verbesserung vor, mehr gemeinsame Aufenthaltsräume zu schaffen, in denen man sich aufhalten und austauschen könne.

„Was wirklich fehlt, wäre, ein bisschen mehr Platz, um gemeinsam zu sitzen, so ein Regenschutz. Und was im ganzen Haus nicht ist, nur unten so eine Cafeteria ist, uns fehlt was zu trinken. Wir sind ja aufgeschmissen.“

(Frau G_T0)

Verbesserungsvorschläge zur Therapieplanung

Bei der Therapieplanung wurde von männlichen und weiblichen Rehabilitanden gewünscht, dass man mehr Zeit zwischen den einzelnen Therapien habe. Dann könne man entspannt in die nächste Therapie gehen und sei nicht so gehetzt wie mit dem jetzigen eng getakteten Therapieplan. Vor allem bei Rehabilitanden, die nicht gut gehen können, sei der enge Therapieplan ein Problem, da auch die Entfernungen in großen Rehakliniken weit seien. Eine weibliche Rehabilitandin schlug außerdem vor, dass man für die langen Seminare Stehpulte zur Verfügung stellen solle, weil viele Rehabilitanden wegen ihrer Schmerzen nicht lange sitzen können.

Die männlichen Rehabilitanden wünschten sich mehr Einzeltherapien, da man so intensiver und konzentrierter arbeiten könne. Außerdem wurde vorgeschlagen, dass man den Therapieplan vorher mit dem Arzt besprechen könne, dann könne man im Einvernehmen entscheiden, welche Therapien am besten in den Therapieplan passten, und der Rehabilitand müsse nicht ungewollt an Therapien teilnehmen. Außerdem wurde gewünscht, dass der Austausch zwischen den Behandlern und Ärzten besser funktioniere, so dass die Information über die Erkrankung den Therapeuten bereits bekannt sei.

„Aqua jogging oder wie das alles so heißt. 9.30 Uhr, und es geht ja etwa bis 10 Uhr, so. Anstatt 10.30 gleich hier irgendwo Fitness zu machen, können wir um 11 Uhr machen. In der Zwischenzeit geht man durch diesen Tunnel in sein Zimmer, legt seine Sachen ab und man zieht vielleicht andere Sachen an und macht sich bisschen frisch und dann kann man den nächsten Termin einhalten.“

(Herr M_T1)

„Therapieplan, genau. Dass man vorher schon weiß, was auf einen zukommt. Dass man vielleicht, man vorher schon damit das abspricht. Es ist eher was für mich oder nicht? Weil,

ich habe irgendwann mal gemerkt, einige Anwendungen, hätte ich mir auch sparen können, glaube ich. Von wegen, die haben ja nichts gebracht.“

(Herr A_T1)

„So nach einer halben Stunde habe ich gedacht boa, jetzt geht gar nichts mehr. Raus, aufstehen und bin dann gegangen. [...] Genau das können wir noch einbringen, dass letztendlich auch so die Stehpulte gefehlt haben, ne.“

(Frau F_T1)

Verbesserungsvorschläge zur Struktur

Als Verbesserungsvorschläge zur Organisation in der Klinik wurde von einem Großteil der männlichen und weiblichen Rehabilitanden vorgeschlagen, dass es z.B. mehr türkischsprachige Ansprechpartner oder Dolmetscher in der Einrichtung geben sollte. Auch könne man teilweise Ärzte und Personal mit türkischer Herkunft einstellen, diese würden die Sprache und Kultur besser verstehen und wären hilfreich für einen besseren Rehabilitationserfolg. Dies sollte man auch z.B. auf der Internetseite der Einrichtung bekannt geben. So könnten Rehabilitanden, die größere Sprachprobleme haben, sich besser orientieren. Zum besseren Austausch zwischen den Rehabilitanden wurde vorgeschlagen, dass man am Anfang der Reha Kennenlernseminare organisieren könne. Außerdem wäre eine Person hilfreich, die einem am Anfang die Einrichtung und Abläufe zeige, so könne man sich schneller akklimatisieren.

„Ich glaube, kann man ja auch türkische Ärzte einstellen, und vielleicht kommen die auch, als Beispiel, oder Schwester. Also die Mentalität ist bisschen anders.“

(Herr N_T0)

„Wenn auf den Flyer oder auf der Internet Seite stehen würde, [...] eine türkische Betreuung hat, dass es heißt, wir haben auch eine türkische Betreuung für den Fall, weil ich habe letztes eine ältere Dame gesehen im Fitness-Bereich und die konnte nicht so gut Deutsch, die fühlte sich auch ein bisschen verloren, man musste mit ihr mit Händen und Füßen.“

(Herr L_T1)

„Wünsche. Dass, es noch eine Übersetzer hier können, dass immer, wenn man Schwierigkeiten haben, können wir Hilfe bekommen haben.“

(Herr B_T1)

„So ein türkischer Mitarbeiter, ich meine wäre nicht schlecht.“

(Frau K_T1)

„Also therapeutisch, medizinisch gesehen, einfach dass auch mehr Internationalität ausgelebt wird.“

(Frau F_T0)

4. Diskussion

4.1. Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Ziel der Studie war es, die Versorgungserwartungen von Frauen und Männern mit türkischem Migrationshintergrund in der Rehabilitation zu untersuchen und geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich verschiedener Aspekte (zum Beispiel: Reha-Ziele, Behandlungserwartungen, Erwartungen an die Behandler, Versorgungserwartungen, Hürden und Hindernisse sowie Zufriedenheit) in der Rehabilitation herauszufinden.

Reha-Ziele und Erwartungen der Rehabilitanden an die Behandlung

Es fiel auf, dass vor allem die männlichen Rehabilitanden zu Beginn der Rehabilitation häufig keine konkreten oder unrealistische Vorstellungen davon hatten, was sie von der Behandlung erwarten könnten. Männliche wie weibliche Rehabilitanden formulierten eher allgemeine Versorgungserwartungen, wie gesund werden zu wollen. Bei den Rehabilitandinnen stand zusätzlich insbesondere die Erholung vom familiären Alltag im Vordergrund.

Der Großteil der männlichen und weiblichen Rehabilitanden erwartete vor Antritt der Rehabilitation, Schmerzfreiheit oder sogar völlige Genesung zu erreichen. Häufig waren diese Erwartungshaltungen überhöht und führten zu Unzufriedenheit mit der Rehabilitation. Eine von Brzoska und Razum publizierte Studie zeigt, dass nur 57,9% aller männlichen und weiblichen Rehabilitanden mit türkischem Migrationshintergrund angeben, mit ihrer Rehabilitation zufrieden zu sein. Die Zufriedenheitsquote bei deutschen Männern und Frauen in der Rehabilitation liegt mit 76,7% deutlich höher [50]. Dabei fällt auf, dass die Ziele, die deutsche und türkische Männer und Frauen für ihren Reha-Aufenthalt angeben, sich ähneln. Wichtige Inhalte ihrer Erwartungen sind dabei die Verbesserung ihres körperlichen Zustandes und der Belastbarkeit, Erholung und Entlastung, die Nutzung edukativer Angebote, zum Beispiel zum Erlernen körperlicher Übungen, und die Wiederherstellung der Gesundheit sowie Schmerzreduktion [51]. In den untersuchten Vorstellungsbildern zeichnen sich auch bei deutschen Rehabilitanden selten Aspekte von Selbstbestimmung und Teilhabe in der Rehabilitation ab [52].

Es ist bekannt, dass Rehabilitanden eine umfangreichere Zielvorstellung haben und andere Zielinhalte thematisieren als ihre Behandler. Nur durch eine gemeinsame Abstimmung auf eine begrenzte Anzahl von relevanten und realistischen Reha-Zielen zu Beginn der

Rehabilitation kann daher eine gemeinsame Ausgangsbasis geschaffen werden, mit der alle Beteiligten zufrieden sein können [53].

Nach den ersten Wochen in der Rehabilitation wurde teilweise eine Neueinschätzung bezüglich der Reha-Erwartungen vorgenommen. Die unrealistische Erwartungshaltung in Bezug auf die eigene Krankheit wurde von vielen Rehabilitanden erkannt und eingesehen, dass keine komplette Heilung erreicht werden könne. Stattdessen wurden von der Mehrheit nun lediglich eine Linderung der Beschwerden und Schmerzen und eine allgemeine Verbesserung der gesundheitlichen Situation gewünscht. Diese veränderten Zielvorstellungen formulierten Frauen und Männer gleichermaßen. Die Erfahrungen, die sie mit den verschiedenen Behandlungsangeboten machten, scheinen Frauen ebenso wie Männer erfolgreich dabei unterstützt zu haben.

Um die Behandlungserwartungen zu verbessern und einen langfristigen Rehabilitationserfolg zu erreichen, sollten die Rehabilitanden über ihre Krankheit und die Chancen der Rehabilitation ausreichend aufgeklärt werden. Gut informiert über seine Behandlung kann der Rehabilitand von seiner Rehabilitation am besten profitieren und auch in Zukunft eigenverantwortlich mit seiner Krankheit umgehen. Die sorgfältige Planung der Rehabilitation und das Abstecken von gemeinsam bestimmten realistischen Reha-Zielen könnte zu einer höheren Erfolgsquote von Reha-Maßnahmen und zu einer größeren Behandlungszufriedenheit führen [54]. Durch eine effektive Patientenschulung zu Beginn der Rehabilitation könnte eine günstige Beeinflussung der Einstellungen hinsichtlich zur Erkrankung, Behandlung und den Heilungschancen erreicht werden [55]. Rehabilitationseinrichtungen sollten deshalb die Erwartungen von Menschen mit Migrationshintergrund, auch die individuellen unterschiedlichen Bedürfnisse von Männern und Frauen, intensiver aufgreifen.

Vereinbarkeit des Reha-Aufenthaltes mit der familiären Situation

Die Unterstützung durch die Familie während der Rehabilitation war den meisten türkischen Rehabilitanden sehr wichtig. Sie telefonierte regelmäßig mit der Familie oder bekamen Besuch durch Angehörige.

Vor allem weibliche Rehabilitanden berichteten, dass sie überlegt hätten, die Rehabilitation abzulehnen, weil durch ihre Abwesenheit der Partner oder die Familie insgesamt stärker belastet seien. Die Angehörigen müssten dadurch vermehrt alltägliche Aufgaben übernehmen. Die häusliche Situation sei für die Angehörigen schwieriger, deshalb plagte einige ein

schlechtes Gewissen. Aufgrund dessen standen einige Rehabilitandinnen einer möglichen Verlängerung der Rehabilitation negativ gegenüber. Einige Mütter wollten ihre Kinder nicht alleine zu Hause lassen und stellten das Wohlergehen ihrer Familie über ihre eigene Gesundheit. So wurde die Rehabilitation in diesen Fällen nicht verlängert, und die Frauen wünschten ein baldiges Ende der Rehabilitation.

Frauen könnte der Zugang zur Rehabilitation erleichtert werden, indem Angebote geschaffen werden, die Frauen dabei unterstützen, die Anforderungen der Familie eine Zeit lang zurückzustellen, um dem Alltag später wieder besser gerecht zu werden. Zum Beispiel in Beratungen vorab, in der die Frauen bei Überlegungen unterstützt werden, wie die Rehabilitation mit dem familiären Alltag zu vereinbaren ist oder die Schaffung von Möglichkeiten für das Mitnehmen von Kindern während der Rehabilitation. Die Einplanung von Beratungszeit über die Vorzüge einer Verlängerung der Rehabilitanden, eventuell auch mit Angehörigen, könnte letztlich auch der Familie zugutekommen.

Trotzdem schätzten die weiblichen Rehabilitanden an der Rehabilitation auch die Erholung und den Abstand von Haushalt und Alltagsstress zu Hause, der durch die Doppelbelastung von Familie und Haushalt sowie höhere Familienverpflichtungen bei Frauen, nicht zu unterschätzen ist [15, 56].

Sprache und Verständigungsprobleme – Verbesserung der Kommunikation

Auf direkte Nachfrage gaben die meisten Rehabilitanden zunächst keine gravierenden Sprachprobleme an. Erst im weiteren Interviewverlauf wurden teilweise sprachliche Probleme benannt.

Wiederholt kam es bei Fachbegriffen zu Verständnisproblemen, insbesondere bei den weiblichen Rehabilitanden. Vor allem Frauen der ersten Generation hatten eine erhöhte Sprachbarriere. Therapieabläufe wurden falsch verstanden, und auch inhaltlich musste häufig nachgefragt werden. Es zeigten sich bei weiblichen Rehabilitandinnen mehr Verständigungsprobleme als bei männlichen Rehabilitanden. Trotzdem bemühten sich männliche sowie weibliche Rehabilitanden vergleichbar, alles zu verstehen und aktiv an der Rehabilitation teilzunehmen. Bei Verständigungsproblemen fragten die Rehabilitanden noch einmal nach oder erkundigten sich häufig bei ihren Mitrehabilitanden oder Klinikmitarbeitern. Wie Studien von Brzoska und Razum belegten, können eingeschränkte deutsche Sprachkenntnisse zu Kommunikationsschwierigkeiten zwischen Rehabilitanden und

Gesundheitspersonal führen, die sich zum Beispiel negativ auf die Anleitung zu Therapien und Nachsorge oder auf das Anamnesegespräch auswirken können. Dadurch können womöglich Therapien nicht auf die Bedürfnisse der Rehabilitanden abgestimmt werden und das Behandlungsergebnis kann negativ beeinflusst werden [50, 57].

Sprachprobleme wurden bei einer Patientin zusätzlich durch Analphabetismus verstärkt. Die Rehabilitandin hatte Angst, sich alleine nicht zurecht zu finden und Schwierigkeiten, sich in der Reha-Klinik zu orientieren, weil sie unter anderem Lagepläne nicht lesen konnte. Da sie auch Informationsmaterialien und Therapiepläne in der Rehabilitation nicht lesen konnte und keine Möglichkeit fand, sich helfen zu lassen, könnte die Wirksamkeit ihrer Reha-Maßnahme dadurch beschränkt worden sein.

Auch für Rehabilitanden, die gut deutsch sprechen, werden sprachliche Verständigungsprobleme oft zu einem Hindernis. So zeigte sich zum Beispiel in einer Studie von Maier et al., dass Sprachprobleme das häufigste Problem bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen für Migranten darstellen. Trotzdem wird diese am häufigsten angegebene Barriere, nur von wenigen als erschwerend erlebt [58].

Patienten mit größeren Sprachproblemen kommen eventuell erst gar nicht in die Reha, weil sie Angst haben, sich nicht verständigen zu können. So ließe sich auch erklären, warum wir in unserer Auswertung keine gravierenden Sprachschwierigkeiten bei Rehabilitanden mit türkischem Migrationshintergrund feststellen konnten, da womöglich nur die schon gut deutsch sprechenden Rehabilitanden überhaupt in die Rehabilitation kamen. Auch die Motivation an der VeReMi- Studie teilzunehmen ist bei Rehabilitanden ohne vorliegende Sprachbarriere vermutlich höher. Rehabilitanden, die sich nicht gut verständigen können, sind naturgemäß nicht so selbstständig wie Menschen, die die Sprache gut beherrschen, und könnten sich vereinsamt fühlen oder Angst vor der Rehabilitation haben.

Aus Studien geht hervor, dass Rehabilitanden mit Migrationshintergrund verschiedene kulturspezifische Wünsche und Bedürfnisse haben, wie zum Beispiel mehrsprachige Mitarbeiter. Sprachdefizite werden als eine zentrale Zugangsbarriere in der Rehabilitation gesehen, da der alltägliche und für die Gesundheit wichtige Wortschatz teilweise nicht verstanden wird. Sprachprobleme beinhalten fehlende Sprachkompetenzen, ein limitiertes Ausdrucksvermögen und eingeschränkte kommunikative Kompetenz, wodurch Nutzungsbarrieren entstehen können [59]. Die Nutzung deutschsprachiger Informationsangebote und die

Verständigung mit den Ärzten und dem Personal während der Behandlung können durch Sprachprobleme erschwert werden. Durch Informations- und Wissensdefizite können Missverständnisse entstehen. Solche Barrieren, die sich negativ auf die Wirksamkeit der Rehabilitation auswirken können, müssen weiter untersucht und mit Hilfe von geeigneten Strategien abgebaut werden [42]. Aufgrund der Ergebnisse unserer Befragung lassen sich einige Empfehlungen formulieren, die besonders die weiblichen Rehabilitanden unterstützen könnten, deren deutsche Sprachkompetenz, vor allem im Schriftlichen, noch nicht so ausgebildet ist. So könnten Wegweiser in der Einrichtung und Therapiepläne möglichst umfassend durch Piktogramme ergänzt werden. Sinnvoll erscheint darüber hinaus, die Pläne nicht nur zu Beginn der Behandlung eingehend mit den Rehabilitanden zu besprechen, sondern diese auch anzuregen, sich untereinander regelmäßig darüber auszutauschen. Dies könnte besonders weiblichen Rehabilitanden zugutekommen, die, wie sich in unserer Studie gezeigt hat, gut und oft leichter als männliche Rehabilitanden mit Migrationshintergrund, in Kontakt mit Mitrehabilitanden kommen.

Kontakt und Isolation in der Rehabilitation – Soziale Integration

Die weiblichen Rehabilitanden fühlen sich weniger isoliert als die Männer und fanden leichter Anschluss während der Rehabilitation, besonders zu anderen Rehabilitanden mit Migrationshintergrund.

Die Eingliederung in eine Gruppe wurde von männlichen und weiblichen Rehabilitanden als wichtiges Mittel der Informationsgewinnung für die Klärung offener Fragen in der Rehabilitation erkannt. Dennoch hätten sich männliche und weibliche Rehabilitanden insgesamt mehr Kontakt zu anderen Mitrehabilitanden mit Migrationshintergrund gewünscht. Da man sich kulturell besser aufgehoben fühle, wenn es andere Rehabilitanden mit Migrationshintergrund geben würde.

Gelobt wurde von den Frauen, dass in den Seminaren die Möglichkeit bestand, sich auszutauschen. Man könne dabei vom Umgang mit Erkrankungen anderer Rehabilitanden lernen. Zusätzlich forderten die weiblichen Rehabilitanden mehr Angebote von Freizeitaktivitäten für den Austausch unter Rehabilitanden. Sie fühlten sich, stärker als die Männer, kulturell und sprachlich mit anderen Rehabilitanden mit Migrationshintergrund verbunden. Bei gleichem kulturellem Hintergrund fühle man sich automatisch dazugehörig und weniger als Außenseiter. Einige weibliche Rehabilitanden berichteten über negative Erfahrungen aufgrund von Diskriminierung durch Mitrehabilitanden. So fühle man sich

diskriminiert, wenn zum Beispiel deutsche Rehabilitanden schlecht über Ausländer sprechen. Wahrgenommene Diskriminierung und Rassismus können eine erhöhte Erkrankungsrate an psychischen Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund verursachen. Es ist bekannt, dass wahrgenommene Diskriminierung Migranten negativ beeinflusst und ein Faktor für Angst und Depression sein kann [60], hierdurch könnte auch der Rehabilitationserfolg negativ beeinflusst werden.

Die Befragungsergebnisse legen nahe, dass die Bereitschaft und das Bedürfnis nach Kommunikation, welche besonders die weiblichen Rehabilitanden zum Ausdruck brachten, nach Möglichkeit unterstützt werden sollten. Die Kommunikation unter den Rehabilitanden könnte durch relativ einfache Mittel unterstützt werden. Dies wäre, wie durch die Befragten vorgeschlagen, durch entsprechende Gemeinschaftsräume, zusätzliche Freizeitangebote, durch die Anregung sich auszutauschen oder eine Patenschaft von Rehabilitanden, die die Einrichtung bereits kennen, umsetzbar. Eine verbesserte Kommunikation könnte sogar zu einer Entlastung des Personals führen, da manche Fragen sich vorab durch einen verbesserten Austausch der Rehabilitanden untereinander erübrigen würden. Unseren Befragungsergebnissen zufolge liegt es nahe, dass die Unterstützung der Kommunikation unter den Rehabilitanden besonders den Frauen zugutekäme und sich womöglich ihre Behandlungsergebnisse so verbessern ließen.

Sollte die Diskriminierung einzelner Patienten oder Patientengruppen durch das Klinikpersonal wahrgenommen werden, wäre es wichtig, dass die Einrichtungen dies unmittelbar unterbinden und damit verhindern, dass Behandlungsfortschritte gefährdet werden. Integrationsbeauftragte und Arbeitsgruppen in der Reha-Klinik könnten sich zugunsten der jeweils Diskriminierten einsetzen und helfen, Problemsituationen zu schlichten. Durch den Einsatz von Sprach- und Kulturvermittlern und der Einrichtung von Diversity-Abteilungen könnten interkulturelle Handlungskompetenzen gestärkt und die Diversität in den Leitbildern von Versorgungseinrichtungen stärker verankert werden. Ziel muss es sein, ein Gesundheitsangebot zu schaffen, das sensibel für die vielfältigen Bedürfnisse aller Rehabilitanden ist [40, 50].

Ernährungsbedürfnisse und Ausübung der Religion

Häufig wurde von männlichen Rehabilitanden mit türkischem Migrationshintergrund die Qualität des Essens bemängelt. Es sei schlecht und wenig abwechslungsreich, so dass sie

regelmäßig außerhalb der Reha-Einrichtung Essen gehen und einkaufen würden. Einige männliche Rehabilitanden kritisierten, dass nicht klar genug gekennzeichnet sei, ob Schweinefleisch im Essen sei oder nicht. Das Angebot an Speisen ohne Schweinefleisch müsse erweitert und das Küchenpersonal besser über die Inhaltsstoffe der Nahrungsmittel informiert werden.

Im Vergleich dazu hatten die weiblichen Rehabilitanden weniger Probleme mit dem Essen und stellten im Allgemeinen weniger Ansprüche.

Auf der anderen Seite gab es aber auch Rehabilitanden mit weniger traditioneller Orientierung, die kein Problem mit dem Ernährungsangebot sahen, man könne einfach etwas anderes essen. Einige Rehabilitanden fanden es auch unproblematisch, Schweinefleisch zu essen.

Auf eine zusätzliche Berücksichtigung von religiösen Bedürfnissen legten die meisten Befragten keinen großen Wert. Zusätzliche religiöse Angebote wie Gebetsräume seien überflüssig. Die meisten türkischen Rehabilitanden, unabhängig vom Geschlecht, sahen in der Rehabilitation die Religion nicht als prioritäres Thema.

Die Reha-Einrichtung könnte dem Wunsch, Mahlzeiten ohne Schweinefleisch anzubieten entgegenkommen, indem Schweinefleischbestandteile entsprechend gekennzeichnet werden und ein vollwertiges vegetarisches Angebot im Speiseplan zur Verfügung gestellt wird.

Verbesserungsvorschläge zur Struktur migrationssensibler und geschlechtsspezifischer Versorgungsangebote

Als Verbesserungsoption schlugen männliche und weibliche Rehabilitanden vor, dass es mehr türkische Ansprechpartner im Personal der Reha-Klinik geben sollte oder einen Dolmetscher, der bei Problemen helfen könne. Dies könne man bei der Präsentation der Reha-Klinik, zum Beispiel auf der Internetseite anzeigen. Außerdem wünschten sich einige weibliche Rehabilitanden, dass am Anfang der Rehabilitation eine bessere Einführung zu den Abläufen in der Reha-Klinik gegeben werde.

Rehabilitationseinrichtungen sollten die Erwartungen von Menschen mit Migrationshintergrund, auch die unterschiedlichen Erwartungen von Männern und Frauen, besser aufgreifen. Um auf die individuellen Bedürfnisse von Rehabilitanden mit Migrationshintergrund einzugehen, sollte man den Klinik-Mitarbeitern die speziellen Bedürfnisse der

Rehabilitanden näherbringen. Um interkulturelle Kompetenzen zu fördern und Missverständnisse zu vermeiden, müssen Offenheit und Respekt im Umgang mit fremden Rehabilitanden bereits in der Ausbildung vermittelt werden [40]. Die Reha-Einrichtungen können ihr Personal für die Bedürfnisse und die unterschiedlichen Versorgungserwartungen von Menschen mit Migrationshintergrund schulen und sensibilisieren und somit eine nachhaltige und nutzerorientierte interkulturelle Versorgung ermöglichen, in der Diversität berücksichtigt wird [61]. Konkrete Versorgungsangebote, wie die Berücksichtigung von Ernährungswünschen, türkische Zeitungen oder Fernsehsender, aber auch gleichgeschlechtliche Sportangebote, die den Bedürfnissen besonders weiblicher Rehabilitanden entgegenkommen, könnten sich positiv auf die Versorgungszufriedenheit der Rehabilitanden mit Migrationshintergrund auswirken. Die Inhalte der Informationen müssen an den Bildungsstand, das Alter und die Sprachkenntnisse des Patienten angepasst werden, auch wären geschlechtsspezifische Differenzierungen sinnvoll. Informationen, zum Beispiel in Broschüren und Informationsmaterialien oder auf der Internetpräsentation der Reha-Klinik, könnten teilweise in der Muttersprache der größeren Migrantengruppen angeboten werden, um einen leichteren Zugang zu ermöglichen. Dabei ist auch den Rehabilitanden bekannt, dass es schwierig ist, spezifische Dienste für einzelne Gruppen von Menschen mit Migrationshintergrund anzubieten, man könne schließlich nicht auf jede kulturelle Eigenheit Rücksicht nehmen. Denkbar wäre ein kultursensibles Angebot, das den Bedarf aller Menschen unabhängig von ihrem Migrationshintergrund berücksichtigt und mit Rehabilitanden unterschiedlicher Herkunft offen und tolerant umgeht [62]. Grundsätzlich wäre darauf zu achten, dass Frauen generell gleichberechtigt berücksichtigt werden und zu sehen sind, etwa auch auf Abbildungen in Informationsmaterialien, ob als Rehabilitandin oder als behandelnde Therapeutin oder Ärztin.

Wenn eine migrationssensible Versorgung auf motivierte und integrationsbereite Rehabilitanden trifft, dann könnte sich dies durch ein verbessertes Wohlbefinden auf den Behandlungserfolg von Rehabilitanden mit Migrationshintergrund auswirken. Diversitätssensible Einrichtungen mit speziellen Kompetenzen und Angeboten für die Zielgruppe von Rehabilitanden mit Migrationshintergrund müssten Mitarbeiter haben, die zum Beispiel über Kenntnisse anderer Kulturkreise verfügen oder mehrsprachig sind. Für die Umsetzung von migrationssensiblen Angeboten und Versorgungskonzepten würde man allerdings zum Teil vermutlich größere finanzielle Mittel und mehr Personal benötigen, zum Beispiel, um

mehrsprachige Mitarbeiter oder professionelle Dolmetscher einzusetzen, die sich mit den Anliegen der Rehabilitanden beschäftigen könnten. Dabei sollten auch ausgebildete Dolmetscher zur Verfügung stehen, die für eine Wort-für-Wort-Übersetzung herangezogen werden und im besten Falle auch als Kulturvermittler dienen könnten [63].

Menschen mit Migrationshintergrund sind Teil der Vielfalt der deutschen Gesellschaft, dieses Merkmal muss, wie andere Merkmale, wie Geschlecht, Alter und sozialer Status, auch mit daraus folgenden unterschiedlichen Bedürfnissen, berücksichtigt werden. Die Berücksichtigung von migrationssensiblen Versorgungskonzepten und Strategien könnte die Versorgungsqualität und den Rehabilitationserfolg von Rehabilitanden mit türkischem Migrationshintergrund erhöhen. Die Effektivität von neu eingeführten Maßnahmen und Konzepten müsste zu einem späteren Zeitpunkt überprüft werden.

4.2. Limitationen und Stärken der Studie

Bei der Interpretation der erhobenen Daten müssen einige Einschränkungen berücksichtigt werden: Die zugrundeliegende Stichprobe ist nicht als repräsentativ für alle Menschen mit türkischem Migrationshintergrund zu bewerten. Eine weitere Limitation der Studie stellt sicherlich die Auswahl der beteiligten Rehabilitanden dar. Sie besteht aus Personen, die es geschafft haben, eine Rehabilitation zu beantragen und eine Rehabilitation in Anspruch zu nehmen. Somit wurden in der Studie nicht die Rehabilitanden miteingefasst, die aufgrund von sprachlichen, familiären oder organisatorischen Gründen keine Rehabilitation in Anspruch nehmen und in der Studie somit nicht berücksichtigt werden konnten. Ihre Hürden und Hindernisse mit und in der Rehabilitation würden sich sicherlich noch einmal anders darstellen und wären interessant zu untersuchen. Die Befragung und die Aussagen der Rehabilitanden sind subjektive Einschätzungen und bilden keine objektivierbaren Hindernisse hinsichtlich der Zufriedenheit in der Rehabilitation ab.

Nach anfänglichen Problemen bei der Rekrutierung von Patienten mit türkischem Migrationshintergrund aufgrund der geringen Anzahl in der orthopädischen Rehabilitation in Schleswig-Holstein, wurden die Einschlusskriterien erweitert. So wurden im Laufe der Studie auch Rehabilitanden mit kardiologischer Indikation und Anschlussheilbehandlung rekrutiert. Ursprünglich sollten hälftig Frauen und Männer berücksichtigt werden.

Letztendlich gab es mit neun männlichen und fünf weiblichen Rehabilitandinnen einen maskulinen Überhang in der Rekrutierung der Patienten.

Rehabilitanden, die Einschränkungen aufwiesen, zum Beispiel mit erhöhter Sprachbarriere oder Analphabetismus, hatten womöglich eine geringere Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie. So wollte eine analphabetische Rehabilitandin nach dem T0-Interview nicht mehr an der Studie teilnehmen. Hierdurch zeigt sich, dass die Barrieren der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen auch als Barriere für die Teilnahme an der Studie gewirkt haben könnten. Um der Sprachbarriere entgegenzuwirken wurden die Flyer zur Rekrutierung der Rehabilitanden auch in türkischer Sprache zur Verfügung gestellt, und es wurde die Möglichkeit angeboten, die Interviews auf Türkisch durchzuführen.

Bis auf die oben genannte Rehabilitandin, die nach dem T0-Interview nicht mehr an der Studie teilnehmen wollte, wurden alle Rehabilitanden zu allen drei Messzeitpunkten regelmäßig interviewt und beteiligten sich bis zum Schluss, so dass eine Vielzahl von Informationen zu unterschiedlichen Versorgungserwartungen in der Rehabilitation eingeholt werden konnten.

Die Studie zu „Versorgungserwartungen in der Rehabilitation bei Menschen mit Migrationshintergrund und Möglichkeiten ihrer Berücksichtigung in der medizinischen Rehabilitation – unter besonderer Betrachtung von Menschen mit türkischem Migrationshintergrund“ (VeReMi) ist die erste Studie, die sich diesem Thema widmet.

4.3. Fazit

Bei gleicher Versorgung erzielten Rehabilitanden mit türkischem Migrationshintergrund, vor allem Frauen, schlechtere Reha-Ergebnisse [64]. Bisher gibt es nur wenige Studien, die die Versorgungserwartungen von Frauen und Männern mit türkischem Migrationshintergrund in der rehabilitativen Versorgung untersucht haben.

In der Befragung zeigten sich Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Rehabilitanden hinsichtlich verschiedener Aspekte in der Rehabilitation. Vor allem bei den männlichen Rehabilitanden ließen sich zunächst unrealistische Vorstellungen bezüglich der Reha-Erwartungen und Reha-Ziele feststellen, wobei im Laufe des Rehabilitationsprozesses eine Neueinschätzung bezüglich der Reha-Erwartungen vorgenommen wurde. Weibliche Rehabilitanden hatten häufiger familiäre Schwierigkeiten durch ihre Abwesenheit während der

Rehabilitation und sie fanden leichter den Anschluss zu anderen Mitrehabilitanden. Außerdem ließ sich bei weiblichen Rehabilitanden eine erhöhte Sprachbarriere feststellen, wobei diese zusätzlich bei einer Rehabilitandin durch Analphabetismus verstärkt wurde. Außerdem wünschten sich vor allem männliche Rehabilitanden eine deutlichere Kennzeichnung von Schweinefleisch-Bestandteilen und ein besseres alternatives Angebot ohne Schweinefleisch im Speiseplan.

Aus den Ergebnissen resultierend könnte man in den Reha-Einrichtungen zum Beispiel beratende Angebote für Frauen schaffen, wie die Rehabilitation besser mit der familiären Situation zu vereinbaren wäre. Eine Art Patenschaft, die den neu hinzugekommen Rehabilitanden helfen würde, sich besser zurecht zu finden oder sogar eine leichtere soziale Integration ermöglichen könnte, ließen sich ohne große Kosten umsetzen. Es könnten vereinfachte Therapiepläne zur Verfügung gestellt oder mehr Wegweiser eingesetzt werden, um Rehabilitanden mit mangelnder Sprachkompetenz besser zu unterstützen. Eine deutlichere Kennzeichnung von Schweinefleisch-Bestandteilen und ein reichhaltiges alternatives Angebot im Speiseplan wären leicht durchführbar.

Um Zugangsbarrieren und Kommunikationsprobleme zu vermeiden, könnten Einrichtungen vermehrt kultur-, migrations- und geschlechtsspezifische Angebote, zum Beispiel auch durch Schulungsangebote für ihre Mitarbeiter, schaffen. Dabei wird es nicht möglich sein, spezifische Angebote für alle Migrationsgruppen anzubieten, vielmehr muss die bestehende Regelversorgung migrationssensibler ausgerichtet werden. Hierzu bedarf es weiterer Untersuchungen, um die Datenlage zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund zu verbessern und Barrieren und Einflussfaktoren auf den schlechteren Reha-Erfolg bei Rehabilitanden mit türkischem Migrationshintergrund, besonders den Frauen, herauszufinden und abzubauen.

5. Zusammenfassung

Die medizinische Rehabilitation stellt in Deutschland ein wichtiges Versorgungssystem dar. Frauen und Männer mit türkischem Migrationshintergrund, werden in diesem System schlechter erreicht und weisen ungünstigere Rehabilitationsergebnisse auf als der Durchschnitt der deutschen Bevölkerung. Häufig bestehen Barrieren, wie kulturelle Unterschiede und Sprachprobleme. Die Hintergründe zu unterschiedlichen Versorgungserwartungen von Frauen und Männern mit türkischem Migrationshintergrund und geschlechtsspezifische Hindernisse für eine erfolgreiche Rehabilitation sind wenig untersucht worden. Es stellt sich die Frage, ob in der Rehabilitation und Behandlung die unterschiedlichen Bedürfnisse von Frauen und Männern mit türkischem Migrationshintergrund ausreichend berücksichtigt werden oder ob Optimierungsbedarf besteht.

Methoden

Die Datenbasis für die Dissertation bildete die Studie zu „Versorgungserwartungen in der Rehabilitation bei Menschen mit Migrationshintergrund und Möglichkeiten ihrer Berücksichtigung in der medizinischen Rehabilitation – unter besonderer Betrachtung von Menschen mit türkischem Migrationshintergrund“ (VeReMi). Im Rahmen der Studie wurden 14 Rehabilitanden (9 Männer und 5 Frauen, in der Reha-Klinik Damp, Asklepios- Klinik am Kurpark in Bad Schwartau, Mühlenberg-Klinik in Bad Malente und Vital-Klinik Buchenholm in Bad Malente) in leitfadengestützten Längsschnitt-Einzelinterviews zu ihren Versorgungserwartungen, Hürden und Hindernissen bei der Rehabilitation, ihren Erfahrungen und ihrer Zufriedenheit in der Rehabilitation und zu Verbesserungsvorschlägen befragt. Die Gespräche wurden auf Tonband aufgenommen, transkribiert und in einer qualitativen Datenanalyse mit Hilfe des Programms MAXqualitativeDataAnalysis2012 kategorisiert und ausgewertet. Hierzu wurde ein Codebaum zur der im Interview erhobenen Aussagen erstellt und die Ergebnisse männlicher und weiblicher Rehabilitanden anschließend gegenübergestellt und analysiert.

Ergebnisse

In der Arbeit zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede in der Kommunikation, der sprachlichen Verständigung und der Vereinbarkeit der Rehabilitation mit der jeweiligen familiären Situation, die sich bei weiblichen Rehabilitanden jeweils schwieriger darstellten. Viele männliche Rehabilitanden hatten zunächst nur sehr allgemeine Vorstellungen über ihre Reha-Ziele und teilweise unrealistische Erwartungshaltungen. Hindernisse für eine erfolgreiche Rehabilitation waren unter anderem Sprachprobleme, vor allem der weiblichen Rehabilitanden. Auch fiel auf, dass viele männliche Rehabilitanden sich isoliert und Frauen und Männer sich teilweise durch Mitrehabilitanden diskriminiert fühlten.

Die Berücksichtigung von religiösen Bedürfnissen spielte eine untergeordnete Rolle. Vor allem männliche Rehabilitanden wünschten sich ein größeres Ernährungsangebot ohne Schweinefleisch.

Schlussfolgerung

Die Rehabilitationseinrichtungen müssten, um den Rehabilitationserfolg von Rehabilitanden mit türkischem Migrationshintergrund zu erhöhen, mehr migrationssensible Angebote und geschlechtsspezifische Versorgungskonzepte anbieten. Geschlechtsunterschiede bei den Versorgungserwartungen von türkischen Rehabilitanden sind wenig erforscht und nicht ausreichend bekannt. Gleichwohl ergab unsere Studie, dass vereinfachte Therapiepläne und Wegweiser sowie Patenschaften, eine erfolgreiche Rehabilitation von Frauen mit Migrationshintergrund unterstützen könnten. Spezielle Angebote und eine migrationssensiblere Ausrichtung der Reha-Einrichtungen unter Berücksichtigung von migrationsspezifische Aspekten in der Behandlung könnten Barrieren in der Rehabilitation verringern und die Versorgungsqualität von Männern und besonders auch Frauen mit türkischem Migrationshintergrund verbessern.

6. Literaturverzeichnis

1. Deutsche Rentenversicherung Bund, Mit Rehabilitation wieder fit für den Job, 12. Auflage, Nr. 300, 2017, S.6-8.
2. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen, 2005, S. 18 f.
3. Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz, Rahmenkonzept zur stufenweisen Wiedereingliederung, 09/2011, S. 3.
4. Deutsche Rentenversicherung Bund, Leistungen zur Teilhabe, Löschau M., 22. Auflage, 2017, S. 7f.
5. Sozialgesetzbuch (SGB IX), Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen, vom 23. Dezember 2016, § 1 SGB IX Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.
6. Siegrist J., Medizinische Soziologie, 6. Auflage, Elsevier GmbH München, 09/2015, S. 306 f.
7. Rahmenkonzepte zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, Deutsche Rentenversicherung Bund, 3. Auflage, 04/2009, S. 6-13.
8. ZB info, Wegweiser Rehabilitationsträger, Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen im Zusammenwirken mit der Bundesagentur für Arbeit, 02/2011, S. 12.
9. Deutsche Rentenversicherung Bund, Reha-Bericht 2018, Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik, Berlin 01/2018, S. 20-32.
10. Reha-Bericht 2016, Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik, Deutsche Rentenversicherung Bund, 12/2016, S. 29.
11. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2, 2010, S. 7 f.
12. Deutsche Rentenversicherung Bund, Jahresbericht 2016, S. 5, 36 f.
13. Bevölkerung Deutschlands bis 2060, 13. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung Statistisches Bundesamt 2015, S. 13.
14. Röckelein E., Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung und Bedeutung geschlechtsspezifischer Rehabilitationsforschung, In: Worringer U., Zwingmann C. (Hrsg.). Rehabilitation weiblich-männlich. Juventa Verlag Weinheim und München 2001, S. 49 f.
15. Binder-Fritz C., Rieder A., Zur Verflechtung von Geschlecht, sozioökonomischem Status und Ethnizität im Kontext von Gesundheit und Migration, Bundesgesundheitsblatt, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014, 57: 1031-1037.

16. Lambert T., Kroll L.E., Müters S., Stolzenberg H., Messung des sozioökonomischen Status in der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland, Bundesgesundheitsblatt, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013, 56: 631–636.
17. Welche Faktoren beeinflussen die Gesundheit?, Robert Koch-Institut 2015, Gesundheit in Deutschland, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Kapitel 3, S. 149-154.
18. Gerber B., Einfluss von Umwelt, Ernährung und Lebensstil auf das Brustkrebsrisiko, Deutsches Ärzteblatt 2001, Heft 24, 98: 1612–1619.
19. Lampert T., Kroll L.E., Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung, GBE kompakt 5(2), Robert Koch-Institut, Berlin 2014.
20. Sieverding M., Kendel F., Geschlechter(rollen)-aspekte in der Arzt-Patient-Interaktion, Bundesgesundheitsblatt, Springer-Verlag 2012, 55: 1118–1124.
21. Mittag O., Grande G., Patientenorientierung in der Rehabilitation- Die Genderperspektive, Rehabilitation (2008), S. 102.
22. Bürger W., Gibt es geschlechtsspezifische Benachteiligungen bei der Inanspruchnahme von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen? In: Worringen U., Zwingmann C. (Hrsg.), Rehabilitation weiblich-männlich. Juventa Verlag Weinheim und München 2001, S. 65.
23. Deck R., Geschlechtsspezifische Aspekte in der Rehabilitation unspezifischer Rückenschmerzen. In: Worringen U., Zwingmann C. (Hrsg.), Rehabilitation weiblich-männlich. Juventa Verlag Weinheim und München 2001, S. 104.
24. Härtel U., Wex R., Symannek C., Gottfried T., Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede im Erfolg der Rehabilitation bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen? Ergebnisse einer 6-Monate-Follow-up-Studie, Gesundheitswesen 2012, 74: 238-239.
25. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Migrationsbericht 2012, S. 138-141.
26. Brause M., Reutin B., Razum O., Schott T., Rehabilitationserfolg bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund- Eine Auswertung von Routinedaten der Deutschen Rentenversicherungen Rheinland und Westfalen, Rehabilitation 2012, S. 282-288.
27. Brzoska P., Voigtländer S., Spallek J., Razum O., Utilization and effectiveness of medical rehabilitation in foreign nationals residing in Germany, European Journal of Epidemiology 2010, 25: 651-660.
28. Brzoska P., Razum O., Das Risiko einer Erwerbsminderung nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation: Ein Vergleich von Rehabilitanden deutscher und ausländischer Staatsangehörigkeit im Längsschnitt, Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie, Regensburg 26.-29.09.2012.

29. Brzoska P., Voigtländer S., Reutin B., Yilmaz-Aslan Y., Barz I., Starikow K., Reiss K., Dröge A., Hinz J., Exner A., Striedelmeyer L., Krupa E., Spallek J., Berg-Beckhoff G., Schott T., Razum O., Rehabilitative Versorgung und gesundheitsbedingte Frühberentung von Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland, Abschlussbericht, Bielefeld 2010.
30. Ehe, Familie, Werte- Migrantinnen und Migranten in Deutschland, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Monitor Familienforschung, Ausgabe 24, 2010, S. 4 f.
31. Herwartz-Emden L., Konzepte von Mutterschaft und Weiblichkeit, In: Einwandererfamilien: Geschlechterverhältnis, Erziehung und Akkulturation, Universitätsverlag Rasch, Osnabrück 2000, S. 85-99.
32. Razum O., Zeeb H., Meesmann U., Schenk L., Bredehorst M., Brzoska P., Dercks T., Glodny S., Menkhaus B., Salman R., Saß A.C., Ulrich R., Migration und Gesundheit, Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch-Institut Berlin 2008, S. 36 f, S. 43-49, Abbildung 3.2.5.2, S. 49.
33. Razum O., Zeeb H., Suicide mortality among Turks in Germany, *Nervenarzt* 2004, 75: 1092-1098.
34. Spallek J., Zeeb H.: Bedarf und Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung durch Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland, In: Hegemann T., Salman R. (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie*, Psychiatrie-Verlag Bonn 2010, S. 59 f.
35. Idema H., Phalet K., Transmission of gender-role values in Turkish-German migrant families: the role of gender, intergenerational and intercultural relations, *Zeitschrift für Familienforschung* 19, 2007, S. 90 f.
36. Yildirim-Fahlbusch Y., Türkische Migranten: Kulturelle Missverständnisse, *Deutsches Ärzteblatt* 2003, 100(18).
37. Bermejo I., Hölzel L.P., Kriston L., Härter M., Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen, *Bundesgesundheitsblatt* 2012, 55: 944-953.
38. Maier C., Migration und rehabilitative Versorgung in Deutschland, Ein Vergleich der Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation und eines Indikators für Rehabilitationserfolg zwischen Rehabilitanden türkischer und nicht-türkischer Abstammung, Bielefeld Mai 2008, S. 3-6.
39. Behandlungsergebnisse stationärer psychosomatischer Rehabilitation bei türkischen Migranten: Eine prospektive Studie, In: *Gesundheitswesen* 68 (3), Nickel C., Lojewski N., Muehlbacher M., Cangöz 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., Georg Thieme Verlag 2006, S. 147-153.

40. Brzoska P., Razum O., Versorgungsprobleme und mögliche Lösungsstrategien bei Menschen mit Migrationshintergrund, Beispiel medizinische Rehabilitation, Deutsche medizinische Wochenschrift, Georg Thieme Verlag 2014, 139: 1895-1897.
41. Kronenthaler A., Hiltner H., Eissler M., Assoziationen zu muslimischen Patienten in der Hausarztpraxis- Eine Befragung deutscher Allgemeinmediziner, Gesundheitswesen, Georg Thieme Verlag 2014, 76: 434-439.
42. Schwarz B., Markin K., Salman R., Gutenbrunner C., Barrieren für Migranten beim Zugang in die medizinische Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung, Rehabilitation, Georg Thieme Verlag 2015, 54: 362-368.
43. Segeberger Kliniken, Spezielles Angebot für türkischsprachige Migranten (<https://www.segebergerkliniken.de/fuer-patienten/kliniken-zentren/klinik-fuer-psychosomatische-medizin-und-psychotherapie/rehabilitation/tuerkische-migranten.html>), Zugriff: 06.03.2018, 18:30h.
44. Fachklinik Hochsauerland Johannesbad, Behandlungsangebote für türkische Migranten (<https://www.fachklinik-hochsauerland.de/Angebot-fuer-tuerkische-Migranten.aspx>), Zugriff: 06.03.2018, 20:20h.
45. Klinik Brilon-Wald, Behandlungsangebot für türkischstämmige Abhängigkeitserkrankte (<http://www.klinik-brilon-wald.de/index.php?id=672>), Zugriff: 06.03.2018, 21:15h.
46. Knipper M., Bilgin Y.: Medizin und ethnisch-kulturelle Vielfalt: Migration und andere Hintergründe, Deutsches Ärzteblatt 2010, 107(3).
47. Badura B., Ducki A., Schröder H., Klose J., Meyer M., Fehlzeiten-Report 2015, Neue Wege für mehr Gesundheit- Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015, S. 188-191.
48. Maier C., Razum O., Schott T., Medizinische Rehabilitation und Behandlungserfolg bei Patienten mit türkischem Migrationshintergrund. In: Muthny F. A., Bermejo I. (Hrsg.): Interkulturelle Medizin. Lagentheorien, Psychosomatik und Migrationsfolgen. Köln: Deutscher Ärzteverlag 2009, S. 85-103.
49. Mayring P., Qualitative Inhaltsanalyse Grundlagen und Techniken, Beltz Verlag Weinheim und Basel 2010.
50. Brzoska P., Razum O. Erreichbarkeit und Ergebnisqualität rehabilitativer Versorgung bei Menschen mit Migrationshintergrund, Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 2015, 58: 553-559.
51. Buchholz I., Kohlmann T., Deskriptoren und Prädiktoren von Reha-Zielen von Patienten in der medizinischen Rehabilitation, Psychotherapie-Psychosomatik-Medizinische Psychologie 2014, 64: 364-372.

52. Artzt M.L., Pohontsch N.J., Meyer T., Vorstellungen von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden über ihren Rehabilitationsaufenthalt, *Physikalische Medizin-Rehabilitationsmedizin-Kurortmedizin* 2014, 24: 75-81.
53. Buchholz I., Kohlmann T., Ziele von Patienten der medizinischen Rehabilitation- Eine Übersicht zum Forschungsstand in Deutschland, *Rehabilitation* 2013, 52: 75-85.
54. Ernst J., Herbold D., Koch U., Mehnert A., Individuelle Rehabilitationsziele und Zielerreichung bei Patienten im Verlauf der orthopädischen Rehabilitation, *Physikalische Medizin-Rehabilitationsmedizin-Kurortmedizin* 2015, 25: 44-50.
55. De Vries U., Petermann F., Patientenschulung in der medizinischen Rehabilitation, *Physikalische Medizin-Rehabilitationsmedizin-Kurortmedizin* 2015, 25: 293-301.
56. Kuhlmann E., Geschlecht, Hrsg. In: Rauch B., Middeke M., Bönner G., Karoff M., Held K., *Kardiologische Rehabilitation*, Thieme Verlag 2007.
57. Brzoska P., Razum O., Zur gesundheitlichen Lage und Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund, *MDK forum* 02/12, S. 5 f.
58. Maier I., Kriston L., Härter M., Hölzel L.P., Bermejo I., Psychometrische Überprüfung eines Fragebogens zur Erfassung der Barrieren der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Personen mit Migrationshintergrund, *Gesundheitswesen* 2015, 77: 749-756.
59. Horn A., Vogt D, Messer M., Schaeffer D., Health Literacy von Menschen mit Migrationshintergrund in der Patientenberatung stärken, *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 2015, 58 (6): 577-583.
60. Schouler-Ocak M., Aichberger M.C., Penka S., Kluge U., Heinz A., Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland, *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 2015.
61. Brzoska P., Razum O., Herausforderungen einer diversitätssensiblen Versorgung in der medizinischen Rehabilitation, *Rehabilitation* 2017, 56: 299-304.
62. Razum O., Saß A.O., Migration und Gesundheit: Interkulturelle Öffnung bleibt eine Herausforderung, *Bundesgesundheitsblatt* 2015, 58: 513-514.
63. Hausotter W., Begutachtung von Personen mit Migrationshintergrund, *Diskussionsbeitrag* 01/2015, *Deutsche Vereinigung für Rehabilitation* 2015.
64. Zollmann P., Pimmer V., Rose A. D., Erbstößer S., Psychosomatische Rehabilitation bei deutschen und ausländischen Versicherten der Rentenversicherung im Vergleich, *Rehabilitation* 2016, 55: 357-368.

7. Anhang

Tabelle 2: Rekrutierungsliste

Rehabilitanden	Geschlecht	Alter	Schulabschluss	Reha-Klinik
Herr A	m	32	Studium	Damp
Herr B	m	50	Realschule	Vital-Klinik
Herr C	m	41	Keinen	Damp
Frau D	w	39	Keinen	Mühlenberg-Klinik
Herr E	m	51	Hauptschule	Damp
Frau F	w	38	Realschule	Damp
Frau G	w	59	Realschule	Vital-Klinik
Frau H	w	55	Keinen	Asklepios-Klinik
Herr I	m	29	Realschule	Damp
Herr J	m	50	Keinen	Damp
Frau K	w	53	Hauptschule	Damp
Herr L	m	40	Abitur	Damp
Herr M	m	50	Hauptschule	Damp
Herr N	m	59	Abitur	Damp



Einladung zur Studie

VeReMi

„Versorgungserwartungen in der
Rehabilitation bei Menschen mit
Migrationshintergrund“



Liebe Rehabilitandin, lieber Rehabilitand,

jeder Mensch hat andere Wünsche und Erwartungen an seine Behandlung. Werden diese nicht erfüllt, kann die Versorgung nicht optimal ablaufen. Wir wissen aus früheren Untersuchungen, dass insbesondere Menschen mit Migrationshintergrund manchmal unzufrieden mit ihrer Versorgung im Krankenhaus oder in der Rehabilitationseinrichtung sind. Darum möchten wir Sie herzlich zur Teilnahme an der Studie **VeReMi** einladen.

Mit der Studie möchten wir mehr über die Versorgungserwartungen von Menschen mit Migrationshintergrund herausfinden. Die Ergebnisse sollen dabei helfen, die gesundheitliche Versorgung zu verbessern. Durch Ihre Teilnahme tragen Sie dazu bei.

In dieser Broschüre möchten wir Ihnen den Inhalt und den Ablauf der Studie erläutern und hoffen, Sie für eine Teilnahme gewinnen zu können.

Wie läuft die Studie ab?

Im Rahmen der Studie möchten wir Sie gerne dreimal persönlich befragen. Zu Beginn Ihres Rehabilitationsaufenthaltes möchten wir ein erstes Gespräch mit Ihnen in der Rehabilitationseinrichtung führen. In diesem Gespräch soll es vor allem um Ihre Erwartungen an den Rehabilitationsaufenthalt gehen. Am Ende Ihres Aufenthaltes findet das zweite Gespräch, ebenfalls in der Rehabilitationseinrichtung, statt. Hier möchten wir Sie zu Ihren Erfahrungen in der Klinik befragen. Ein Mitarbeiter der Rehabilitationseinrichtung wird gemeinsam mit Ihnen die Termine für diese ersten zwei Gespräche vereinbaren. Wir versichern Ihnen, dass dadurch keine Termine oder Behandlungen ausfallen.




Das letzte Gespräch möchten wir einen Monat nach Ihrem Rehabilitationsaufenthalt führen, wenn Sie wieder zu Hause sind. Hierzu würden wir Sie gerne zu Hause anrufen. Die Gespräche werden ungefähr 45 Minuten dauern.

Freiwilligkeit

Ihre Teilnahme ist selbstverständlich freiwillig. Wenn Sie nicht teilnehmen möchten, brauchen Sie den Grund dafür nicht zu nennen. Es entstehen Ihnen daraus keine Nachteile. Ob Sie teilnehmen oder nicht, wird nirgends festgehalten. Ihre Krankenkasse oder Rentenversicherung wird über Ihre Entscheidung nicht informiert, Ihre Rehabilitation wird davon nicht beeinflusst. Sie können Ihre Teilnahme jederzeit widerrufen oder abbrechen. Dieses Infoblatt dürfen Sie in jedem Fall behalten.

Datenschutz

Ihre Angaben werden absolut vertraulich behandelt. Alle Studienmitarbeiter/innen unterliegen der Schweigepflicht. Alle Anforderungen zur Gewährleistung des Datenschutzes werden von uns erfüllt. Es werden keine persönlichen Daten, wie zum Beispiel Ihre Adresse, erfragt. Um die Gespräche besser auswerten zu können, möchten wir gerne – Ihr Einverständnis vorausgesetzt – Tonaufzeichnungen machen. Von allen Tonaufzeichnungen werden wir schriftliche Protokolle (Transkripte) anfertigen; alle Angaben werden anonymisiert. Nach Abschluss der Studie werden die Tonaufnahmen gelöscht, so dass keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind. Um Sie beim dritten Gespräch zu Hause befragen zu können, benötigen wir Ihre Telefonnummer. Sie wird nur für dieses Gespräch genutzt und nicht an Dritte weitergegeben.



Wer führt die Studie durch?

VeReMi ist eine gemeinsame Studie der Universität Bielefeld, der Universität Lübeck und der Technischen Universität Chemnitz. Sie wird von Herrn Jun.-Prof. Dr. Patrick Brzoska und Frau PD Dr. Ruth Deck geleitet. Gefördert wird die Studie von der Deutschen Rentenversicherung Bund und dem Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein (vffr).

Bei Fragen können Sie sich gerne jederzeit an unser Projektteam wenden:

Frau Jana Langbrandtner, Dipl.-Gesundheitswirtin
 Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie
 Universität Lübeck
 Ratzeburger Alle 160
 23538 Lübeck
 Tel: 0451-500-5849
 E-Mail: jana.langbrandtner@uksh.de



Abbildung 6: Patienteninfo-Broschüre

<i>Postskript</i>	
Datum:	
Ort:	
Zeit:	
Interview ID:	
Gesprächsatmosphäre:	
Befindlichkeit	<i>Interviewer</i>
	<i>Interviewte</i>
Gesprächsverlauf	
Interaktion	
Besonderheiten / Anmerkungen:	
Auffallende Themen:	
Störungen:	

Abbildung 7: Postskript

Leitfaden T0

Leitfaden für Interviews mit PatientInnen im Rahmen der Studie „Versorgungserwartungen in der Rehabilitation bei Menschen mit Migrationshintergrund“ [VeReMi] (T0)

Danke, dass Sie sich Zeit für dieses Gespräch genommen haben. Wir möchten gerne erfahren, welche Erwartungen Sie an Ihren Rehabilitationsaufenthalt haben. Die Befragung wird ca. 45 Minuten dauern. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten möchten, ist das vollkommen in Ordnung. Wir gehen dann einfach zur nächsten über. Natürlich können wir die Befragung auch jederzeit abbrechen, wenn Sie nicht mehr teilnehmen möchten.

Wenn Sie einverstanden sind, würden wir das Gespräch auf Tonband aufnehmen. Es werden keine personenbezogenen Daten wie z.B. Adressen abgefragt. Die Tonaufzeichnung wird nach der Übertragung in ein schriftliches Protokoll (Transkript) gelöscht. Die Ergebnisse der Befragungen werden ausschließlich anonymisiert veröffentlicht. Das heißt, ein Bezug zu Ihrer Person kann nicht hergestellt werden.

Sind Sie einverstanden, dass wir das Gespräch beginnen?

Versorgungserwartungen in der Rehabilitation	
Orientierungsphase	
<ul style="list-style-type: none"> - „Warm werden“ auf Beziehungsebene - Übergang auf Inhaltsebene 	<ul style="list-style-type: none"> - Vorstellung - Ziel der Untersuchung - Hinweis auf Datenschutz und Anonymität - Erfragen des Einverständnisses für die Tonbandaufnahme
Einstiegsphase	
<ul style="list-style-type: none"> - Weg in die Reha 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie kam es dazu, dass Sie hier sind? - Wenn Sie zurückdenken, inwiefern war Ihnen die Reha als Leistung bekannt? - Aus welchen gesundheitlichen Gründen haben Sie einen Reha-Antrag gestellt und wer hatte die Idee dazu? (Arzt, Familie, Freunde etc.) - Erzählen Sie uns etwas über Ihre Erkrankung sowie über Ihre Krankheitsgeschichte.
Erarbeitungsphase	
Erfahrungen vor der Reha	
Inhaltliche Punkte <ul style="list-style-type: none"> - Antragstellung - Informiertheit - Zugangsbarrieren - Schwierigkeiten - Versorgungswünsche 	Fragen <ul style="list-style-type: none"> - Welche Erfahrungen haben Sie bei der Antragstellung gemacht? → positive/negative Erfahrungen - Wie empfanden Sie die einzelnen Phasen vor der Reha? (Antragstellung und Vorbereitung)/Fanden Sie die Antragstellung/Vorbereitung belastend? - Was hätte Ihnen bei der Antragstellung geholfen? Wie hätten Sie sich die Antragstellung gewünscht? - Wie gut fühlen Sie sich über Ihren Rehaaufenthalt/über die Reha informiert? (Ablauf, Behandlungen, Ziele etc.) - Von wem haben Sie Informationen erhalten? (Arzt, Internet etc.) - Wie verständlich fanden Sie die Informationen? - Welche Informationen hätten Sie sich noch gewünscht? (Art der Info, von wem, zu welchem Zeitpunkt)

	<ul style="list-style-type: none"> - Wie fühlen Sie sich auf die Reha vorbereitet? - Welche Unterstützung hätten Sie sich vor der Rehabilitation gewünscht? (von der Familie, vom Arzt etc.) - Gab es irgendwelche Schwierigkeiten bevor Sie zur Reha gefahren sind? → Welche Schwierigkeiten haben Sie vor der Reha erlebt? (familiäre, berufliche, persönliche, soziale etc.)
Subjektive Erwartungen und Dimensionen der Versorgungserwartungen, Rehabilitationsziele	
Inhaltliche Punkte	Fragen
<ul style="list-style-type: none"> - Erwartungen zu Beginn der Reha - Behandlungserwartung - Dimensionen der Versorgungserwartungen: <ul style="list-style-type: none"> o Gesundheit o Erholung o Krankheitsbewältigung o Rente - Erwartungshaltung an den Rehabilitationserfolg Reha“-Ziele <ul style="list-style-type: none"> - Motivation zum eigenen Mitwirken - medizinische Ziele - therapeutische Ziele 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie stellen Sie sich einen typischen Tag in der Reha vor? - Was erwarten Sie jetzt vom Reha-Aufenthalt? - Welche Erwartungen haben Sie an die Reha-Einrichtung? - Welche Erwartungen haben Sie an Ihre Behandlungen? (Welche Arten von Behandlungen erwarten Sie?) - Welche Erwartungen haben Sie an die Behandelnden bzw. die Betreuung? (Ärzte, Therapeuten, Pflegepersonal) <i>Ggf. nachhaken bezüglich:</i> <ul style="list-style-type: none"> o <i>Gesundheit: Erwartungen an Erhöhung der Leistungsfähigkeit, ein gesünderes Leben, frühere Rückkehr zur Arbeit</i> o <i>Erholung: Erwartungen, sich zu erholen und sich eine Zeit lang um nichts kümmern müssen</i> o <i>Krankheitsbewältigung: Erwartungen, (beruflichen) Stress abzubauen, zu lernen, sich mehr Freizeit zu nehmen und sie für sich zu nutzen (Selbstmanagement)</i> o <i>Rente: Erwartungen an einen Rentenantrag und diesbezüglicher Unterstützung (Hilfe bei sozialrechtlichen Fragen, Bescheinigung einer verminderten Leistungsfähigkeit, Informationen über berufliche Umschulungsmöglichkeiten)</i> <ul style="list-style-type: none"> - Welchen Erfolg erwarten Sie von der Reha? - Mit welchen Zielen sind Sie in die Reha gekommen? - Wie wollen Sie diese Ziele erreichen? (Wovon ist es abhängig, dass Sie dieses Ziel erreichen?) - Inwieweit haben Sie am Anfang der Reha über Ihre Ziele mit dem Arzt/der Ärztin gesprochen?
Versorgungswünsche an die Reha (generell)	
Inhaltliche Punkte	Fragen
<ul style="list-style-type: none"> - Wünsche an Behandlung, Personal, Umgang - Unterstützung 	<ul style="list-style-type: none"> - Was ist Ihnen wichtig für eine gute Rehabilitation/Behandlung? (Personal, Verpflegung, Therapieablauf, optionale Behandlungsmöglichkeiten, Aufklärung und Informationen, medizinische Behandlungsroutine) - Was wünschen Sie sich von den Behandelnden? (Umgang) <i>Ggf. nachhaken bezüglich:</i> <ul style="list-style-type: none"> o <i>Einfühlungsvermögen</i> o <i>ernst nehmen</i> o <i>menschlich</i> o <i>Individualität berücksichtigen</i> <ul style="list-style-type: none"> - Welche Unterstützung wünschen Sie sich während der Reha von den Behandlern? Wie sollte die Unterstützung aussehen?
Zufriedenheit	
Inhaltliche Punkte	Fragen

<ul style="list-style-type: none"> - Zufriedenheit mit: <ul style="list-style-type: none"> o Versorgung o Reha-Einrichtung o Behandlung o Personal o Betreuung - Sozialkompetenz 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie fühlen Sie sich bislang in der Reha-Einrichtung?/ Wie zufrieden sind Sie bisher mit der Einrichtung? (Räumlichkeiten, Verpflegung) - Sind Sie in Ihrer Wunschklinik? - Was fanden Sie bislang in Ihrem Behandlungsprozess (seit der Antragstellung) gut? Was fanden Sie nicht so gut? - Wie zufrieden sind Sie bisher mit der Rehabilitationsmaßnahme bzw. Therapie? (Art und Umfang von Angeboten, Therapieablauf) - Wie zufrieden sind Sie bisher mit den Behandlern? (Ärzte, Pflege) - Wie bewerten Sie bislang die Betreuung durch die Ärzte, Therapeuten etc.? (Zeitaufwand, umfassende Informationen) - Wie würden Sie Ihre Beziehung zu Behandelnden einschätzen? <ul style="list-style-type: none"> o Ärzten o Therapeuten (alle Akteure im Behandlungsprozess) - Wie viel Zeit hat sich Ihr Arzt/ Ihre Ärztin in der Reha für das erste Gespräch/Aufnahmegespräch genommen? (War ausreichend Zeit vorhanden?) - Falls bereits erfolgt: Wie finden Sie die Therapieplanung? - Wie werden Ihre Therapiewünsche berücksichtigt? - Ist Ihnen das Reha-Angebot in der Türkei bekannt? Wenn, ja: Was halten Sie von dem Reha-Angebot in Deutschland im Vergleich zur Türkei?
<i>Sprache und Versorgung (Verständigungs- und Verständnisprobleme)</i>	
Inhaltliche Punkte	Fragen
<ul style="list-style-type: none"> - Kommunikationsprobleme durch mangelnde Sprachkenntnisse - Fachsprache der Ärzte - Bedeutung der Verständigung für die Versorgung - Lösungsstrategien 	<ul style="list-style-type: none"> - Haben Sie Schwierigkeiten, sich mit den Behandlern zu verständigen? - Wie gehen Sie mit den sprachlichen Problemen um? /Wie verständigen Sie sich mit dem Personal? - Wie schätzen Sie die Verständigung mit Therapeuten ein? - Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Arzt/Ärztin Sie versteht (nicht nur sprachlich)? Sind die Informationen, die Sie vom Arzt erhalten verständlich? - Was machen Sie, wenn Sie etwas nicht verstehen? (Fragen Sie nach?) - Welche Schwierigkeiten ergeben sich durch die sprachlichen Probleme in Ihrer Behandlung? - Können Sie sich mit anderen Patienten austauschen bzw. über die Erkrankung oder die Behandlung unterhalten? - Was wünschen Sie sich, damit die Verständigung während Ihres Reha-Aufenthaltes besser klappt?
<i>Kultur und Versorgung</i>	
Inhaltliche Punkte	Fragen
<ul style="list-style-type: none"> - Krankheitsverständnis - Bedeutung Religion - Lösungsstrategien 	<ul style="list-style-type: none"> - Was bedeutet es für Sie krank zu sein? - Wissen Sie, worum es sich bei Ihrer Krankheit handelt und wie Sie damit umgehen können (was Sie selbst tun können?) - Wie werden Ihre persönlichen Bedürfnisse berücksichtigt? (Kultur, Ernährung, Religion, Familie/ Familienbesuche mit vielen Personen, Kleidung, Sport, Gender) - Wie wichtig ist für Sie die Berücksichtigung Ihrer persönlichen/kulturellen Bedürfnisse für Ihren Reha-Aufenthalt bzw. für Ihre Behandlung?

	<ul style="list-style-type: none"> - Können Sie sich vorstellen, dass die Ausübung Ihrer Religion Ihren Krankheitsverlauf / die Rehabilitation (positiv oder negativ) beeinflusst? - Erwarten Sie, dass auf religiöse Aspekte während der Behandlungen Rücksicht genommen wird? - Welche Anregungen haben Sie, um die Versorgung von Patienten mit türkischem Migrationshintergrund zu verbessern?
Abschlussphase	
- Mögliche weitere Aspekte, die noch nicht angesprochen wurden	- Haben Sie noch weitere Anmerkungen oder Hinweise zu unserem Thema?

Leitfaden T1

Leitfaden für Interviews mit PatientInnen im Rahmen der Studie „Versorgungserwartungen in der Rehabilitation bei Menschen mit Migrationshintergrund“ [VeReMi] (T1)

Danke, dass Sie sich Zeit für dieses Gespräch genommen haben. Wir möchten gerne erfahren, welche Erfahrungen Sie während Ihres Rehabilitationsaufenthaltes gemacht haben. Die Befragung wird ca. 45 Minuten dauern. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten möchten, ist das vollkommen in Ordnung. Wir gehen dann einfach zur nächsten über. Natürlich können wir die Befragung auch jederzeit abbrechen, wenn Sie nicht mehr teilnehmen möchten.

Wenn Sie einverstanden sind, würden wir das Gespräch auf Tonband aufnehmen. Es werden keine personenbezogenen Daten wie z.B. Adressen abgefragt. Die Tonaufzeichnung wird nach der Übertragung in ein schriftliches Protokoll (Transkript) gelöscht. Die Ergebnisse der Befragungen werden ausschließlich anonymisiert veröffentlicht. Das heißt, ein Bezug zu Ihrer Person kann nicht hergestellt werden.

Sind Sie einverstanden, dass wir das Gespräch beginnen?

Versorgungserwartungen in der Rehabilitation	
Orientierungsphase	
<ul style="list-style-type: none"> - „Warm werden“ auf Beziehungsebene - Übergang auf Inhaltsebene 	<ul style="list-style-type: none"> - Vorstellung - Ziel der Untersuchung - Hinweis auf Datenschutz und Anonymität - Erfragen des Einverständnisses für die Tonbandaufnahme
Einstiegsphase	
-Heranführen an das Thema	- Wie geht es Ihnen seitdem Sie in der Reha-Einrichtung sind?
Erarbeitungsphase	
<i>Erfahrungen, Zufriedenheit, Barrieren und Lösungsansätze zu verschiedenen Aspekten in der Reha</i>	
Inhaltliche Punkte	Fragen
(1) Reha allgemein	<ul style="list-style-type: none"> - Wie fühlten Sie sich während des Rehabilitationsaufenthaltes? - Was war für Sie während dieser Zeit anders? - Welche Erfahrungen haben Sie während Ihres Aufenthaltes gemacht? (positive/negative Erfahrungen)

	<ul style="list-style-type: none"> - Wie zufrieden waren Sie generell mit der Rehabilitationsmaßnahme? - Fehlte Ihnen etwas, dass Sie für eine gute Reha benötigt hätten? Wenn ja, was? - Welche Schwierigkeiten haben Sie während der Reha erlebt? (Sprache, Abläufe etc.) - Haben Sie die Reha als belastend empfunden? Wenn ja: Wie belastend empfanden Sie die Reha? - Würden Sie die Reha weiter empfehlen? - Falls zutreffend: Was halten Sie von dem Reha-Angebot in Deutschland im Vergleich zu der Türkei?
(2) Reha-Einrichtung	<ul style="list-style-type: none"> - Wie haben Sie sich in der Einrichtung gefühlt? (konkreter zu Räumlichkeiten, Verpflegung) - Wie zufrieden waren Sie mit der Einrichtung? (Räumlichkeiten, Verpflegung) - Was fanden Sie gut? Was hat Ihnen nicht gefallen? - Welche Veränderungen in der Einrichtung hätten Ihre Reha verbessert?
(3) Behandler und Betreuung - Sozialkompetenz	<ul style="list-style-type: none"> - Welche Erfahrungen haben Sie mit den Behandlern in der Reha gemacht? Was fanden Sie gut? Was hat Ihnen nicht gefallen? - Wie gut fühlten Sie sich während der Reha unterstützt? - Wie bewerten Sie die Betreuung durch die Ärzte, Therapeuten etc.? - Wie schätzen Sie Ihre Beziehung zu den Behandelnden ein? <ul style="list-style-type: none"> o Ärzten o Therapeuten (alle Akteure im Behandlungsprozess) - Gab es Ihrer Meinung nach ausreichend Zeit für Gespräche? Wenn nein: Warum nicht? - Welche Möglichkeiten sehen Sie, die Betreuung zu verbessern?
(4) Therapieplanung	<ul style="list-style-type: none"> - Wie fanden Sie die Therapieplanung? - Wie wurden Ihre Therapiewünsche berücksichtigt?
(5) Therapien/Behandlungen	<ul style="list-style-type: none"> - Was fanden Sie in Ihrem gesamten Behandlungsprozess (seit Rehabeginn) gut? Was fanden Sie nicht so gut? - Wie zufrieden waren Sie mit den Behandlungen? (Art und Umfang von Angeboten, Therapieablauf) - Wie aktiv waren Sie in den Therapien? - Wie anstrengend/aufwändig waren die Therapien für Sie? - Gab es Schwierigkeiten bei den Behandlungen? Wenn ja: Welche? - Welche über die medizinische Behandlung hinaus gehenden Angebote haben Sie wahrgenommen? - Wie bewerten Sie diese? - Gibt es etwas, was Sie noch gerne gehabt hätten? Wenn ja: Was? - Wie könnten die Therapien, Ihrer Meinung nach, verbessert werden/besser umgesetzt werden?
Subjektive Erwartungen und Dimensionen der Versorgungserwartungen, Rehabilitationsziele	
Inhaltliche Aspekte	Fragen
<ul style="list-style-type: none"> - Erwartungen im Laufe der Zeit - Erfüllte bzw. nicht erfüllte Erwartungen - Einflussfaktoren auf Erwartungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Welche Erwartungen hatten Sie vor der Rehabilitation? - Haben sich Ihre Erwartungen im Laufe des Rehabilitationsprozesses verändert? (Erwartungen an die Behandlung) - Wurden Ihre Erwartungen erfüllt?

<ul style="list-style-type: none"> - Erwartungshaltung im Laufe des Rehaaufenthaltes 	<ul style="list-style-type: none"> - Wenn ja: Welche Faktoren haben begünstigt, dass Ihre Erwartungen erfüllt wurden? - Wenn nein: Welche Faktoren haben begünstigt, dass Ihre Erwartungen <u>nicht</u> erfüllt wurden? - Haben Sie Ihre Ziele erreicht? Wenn ja: Was hat Ihnen dabei geholfen? Wenn nein: Warum nicht? - Haben sich Ihre Ziele im Laufe der Zeit verändert? Wenn ja: Warum? Welche neuen Ziele haben Sie?
Wirksamkeit	
Inhaltliche Aspekte	Fragen
<ul style="list-style-type: none"> - Erholung - Krankheitsbewältigung - Gesundheit 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie wirkt sich die Rehabilitationsmaßnahme auf Ihre Erkrankung aus? <ul style="list-style-type: none"> o Krankheitsbewältigung (Selbstmanagement, Umgang mit Stress) o Arbeitsfähigkeit: Falls zutreffend: Was denken Sie über Ihre Rückkehr in die Arbeit? o Welche gesundheitlichen Verbesserungen sehen Sie? - In welchen gesundheitsbedingten Situationen kann eine Frühberentung für Sie in Frage kommen? Welche Gründe sind aus Ihrer Sicht entscheidend (persönlich, gesundheitliche Einschränkungen etc.)? Inwiefern sind diese Gründe für Sie ausschlaggebend?
Sprache und Versorgungserwartungen (Verständigungs- und Verständnisprobleme)	
Inhaltliche Aspekte	Fragen
<ul style="list-style-type: none"> - sprachlich - kulturell - Fachsprache der Ärzte (Diagnose auf „Zetteln“) - Kommunikationsprobleme durch mangelnde Sprachkenntnisse - Bedeutung der Verständigung für die Versorgung 	<ul style="list-style-type: none"> - Hatten Sie Schwierigkeiten, sich mit den Behandlern zu verständigen? Wenn ja: Wie sind Sie mit den sprachlichen Problemen umgegangen?/Wie haben Sie sich mit dem Personal verständigt? - Wie schätzen Sie die Verständigung mit Therapeuten ein? - Hatten Sie das Gefühl, dass Ihr Arzt/Ärztin Sie versteht (nicht nur sprachlich)? - Was haben Sie gemacht, wenn Sie etwas nicht verstanden haben?/Haben Sie nachgefragt? Haben Sie eine zufriedenstellende Erklärung erhalten? - In welchen Situationen gab es Verständigungsprobleme? - Welchen Einfluss hatten die Verständigungsprobleme auf den Erfolg Ihrer Behandlung? - Was wünschen Sie sich, damit die Verständigung besser klappt? - Hatten Sie Gelegenheiten, sich mit anderen Patienten auszutauschen/mit anderen Patienten zu sprechen?
Kultur und Versorgungserwartungen	
<ul style="list-style-type: none"> - Krankheitsverständnis - Auswirkungen auf Versorgung - Lösungsstrategien 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie wurden Ihre Bedürfnisse berücksichtigt? (Kultur, Ernährung, Religion, Familie/große Familienbesuche, Kleidung, Sport, Gender) - Falls nicht berücksichtigt: Welche Auswirkung hatte das auf Ihre Behandlung bzw. auf den Erfolg? - Welche Anregungen haben Sie, um die Versorgung von Patienten mit türkischem Migrationshintergrund zu verbessern?
Verbesserungsvorschläge	
-Wünsche / Anregungen:	<ul style="list-style-type: none"> - Wie könnte man Ihrer Meinung nach die rehabilitative Versorgung verbessern? <ul style="list-style-type: none"> o Kommunikation (Sprache, Kultur) o Einrichtung o Angebote

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Klinikpersonal ○ Rücksichtnahme auf Bedürfnisse (Religion, Essen etc.)
Abschlussphase	
- Mögliche weitere Aspekte, die noch nicht angesprochen wurden	- Haben Sie noch weitere Anmerkungen oder Hinweise zu unserem Thema?

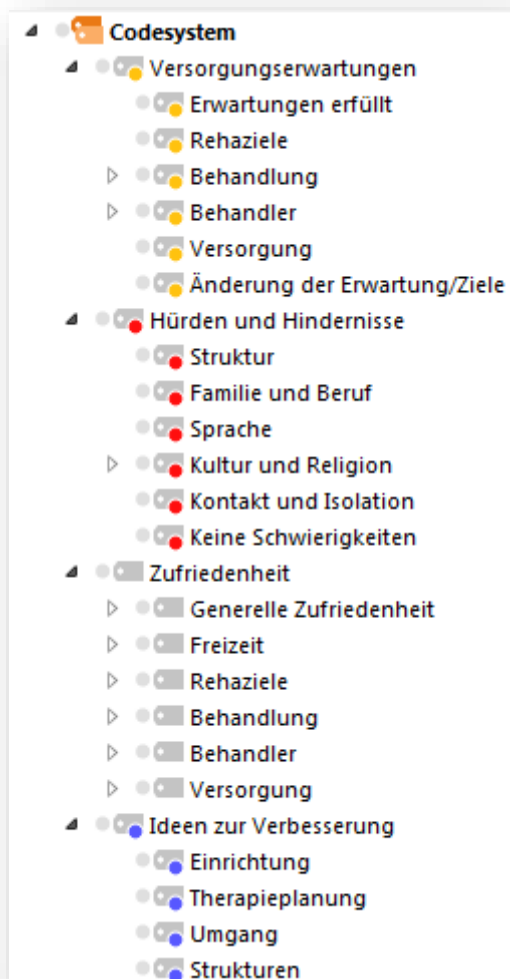


Abbildung 8: Codebaum



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Universität zu Lübeck · Ratzeburger Allee 160 · 23538 Lübeck

Frau
PD Dr. Ruth Deck
Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie

im Hause

nachrichtlich:
Herrn Prof. Dr. Katalinic
Direktor des Institutes für Sozialmedizin und Epidemiologie

Ethik-Kommission

Vorsitzender:
Herr Prof. Dr. med. Alexander Katalinic
Universität zu Lübeck
Stellv. Vorsitzender:
Herr Prof. Dr. med. Frank Gieseler
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck

Sachbearbeitung: Frau Janine Erdmann
Tel.: +49 451 500 4639
Fax: +49 451 500 3026

ethikkommission@uni-luebeck.de

Aktenzeichen: 14-147
Datum: 12. August 2014

Sitzung der Ethik-Kommission am 07. August 2014**Antragsteller: Frau PD Dr. Deck**

Titel: Versorgungserwartungen von Menschen mit Migrationshintergrund und Möglichkeiten ihrer Berücksichtigung in der medizinischen Rehabilitation – unter besonderer Betrachtung von Menschen mit türkischem Migrationshintergrund

Sehr geehrte Frau Dr. Deck,

der Antrag wurde unter berufsethischen, medizinisch-wissenschaftlichen und berufsrechtlichen Gesichtspunkten geprüft.

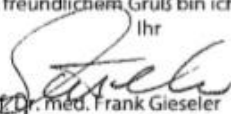
Die Kommission hat nach der Berücksichtigung folgender **Hinweise** keine Bedenken: Die Aufklärungsmaterialien (z.B. Infomaterial zur Studie, das bei der Rekrutierung von Rehabilitanden in den Kliniken zum Einsatz kommt) sowie Interviewleitfaden und auch die Einladungen zur Teilnahme an den Fokusgruppen sind nachzureichen. Die Frage „Wie hoch ist die Zahl derjenigen, die trotz des Angebots die Rehabilitation nicht annehmen?“ wird von der EK als interessant erachtet.

Über alle schwerwiegenden oder unerwarteten und unerwünschten Ereignisse, die während der Studie auftreten, muss die Kommission umgehend benachrichtigt werden.

Die ärztliche und juristische Verantwortung des Studienleiters und der an der Studie teilnehmenden Ärzte bleibt entsprechend der Beratungsfunktion der Ethikkommission durch unsere Stellungnahme unberührt.

Mit freundlichem Gruß bin ich

Ihr


Prof. Dr. med. Frank Gieseler
Stellv. Vorsitzender

Prof. Dr. Katalinic
(Soz.med./Epidemiologie, Vorsitzender)
 Herr Prof. Dr. Gieseler
(Med. Klinik I, Stellv. Vorsitzender)
Herr Prof. Barkhausen
(Radiologie und Nuklearmedizin)
 Herr Dr. Bausch
(Chirurgie)
Herr Prof. Dr. Borck
(Med. u. Wiss.geschichte)
 Frau Farries
(Richterin am Amtsgericht Lübeck)

Herr Dr. Fieber
(Stellv. Dir. am Amtsgericht Reinbek)
 Frau B. Jacobs
(Pflege, PIZ)
Frau PD Dr. Jauch-Chara
(Psychiatrie)
Herr PD Lauten
(Kinder- und Jugendmedizin)
Herr Prof. Moser
(Neurologie)

Herr Prof. Rehmann-Sutter
(Med. u. Wiss.geschichte)
 Frau Prof. Dr. M. Schrader
(Plastische Chirurgie)
 Frau Prof. E. Stubbe
(Theologin)
 Herr Dr. R. Vonthein
(Zentrum für Klinische Studien)
Frau Prof. Zühlke
(Humangenetik)
 Herr Prof. Schwaninger
(Pharmakologie)

Abbildung 9: Ethikvotum

8. Danksagung

Ich möchte mich herzlich bedanken bei Frau PD Dr. Ruth Deck und Jana Langbrandtner für ihre hervorragende Betreuung und Unterstützung. Die Ermöglichung dieser Promotion und die hilfreichen Diskussionen und Anregungen in diffizilen Phasen der Dissertation.

Vielen Dank an die Mitarbeiter der Reha-Klinik Damp, Asklepios- Klinik am Kurpark in Bad Schwartau, Mühlenberg-Klinik in Bad Malente und Vital-Klinik Buchenholm in Bad Malente für die hilfreiche Zusammenarbeit bei der Rekrutierung der Studienteilnehmer und das Ermöglichen der Interviews mit den Rehabilitanden. Mein Dank geht an alle Rehabilitanden, die an unserer Studie teilgenommen haben.

Nicht zuletzt bedanke ich mich für das freundliche und angenehme Arbeitsklima, die das Institut für Sozialmedizin ermöglicht hat.

Herzlichen Dank an unsere Freundin Monika Meier für ihre Mühe und Hilfe beim Korrigieren der Arbeit und ihre Motivation.

Herzlichsten Dank an meine Familie für ihre liebevolle Unterstützung und ihr Vertrauen.

9. Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Eda Arslan
 E-Mail: arslan_eda@hotmail.de
 Geburtsdatum: 11.04.1991
 Geburtsort: Berlin
 Staatsangehörigkeit: deutsch
 Familienstand: ledig

Schulbildung

1997-2003: Galilei-Grundschule, Berlin
 2003-2008: Leibniz-Gymnasium, Berlin
 2008-2010: Robert-Koch-Gymnasium, Berlin
 2010-2017: Medizinstudium an der Universität zu Lübeck

Wintersemester 2014/15: Erasmusaufenthalt in Strasbourg, Frankreich
 Juli-August 2015: Summer School in Internal Medicine in Copenhagen
 11/2016- 10/2017:
 1. Terial: Chirurgie, Université de Montpellier
 2. Terial: Innere Medizin, Università di Padova/
 Schön Klinik, Neustadt
 3. Terial: Augenheilkunde, Universität zu Lübeck
 absolvierte Abschlüsse: Abitur (2010), Ärztliche Prüfung (November 2017)
 seit Juni 2018: Médecin Interne en Ophtalmologie, Hôpitaux
 Universitaires de Genève

Sprachkenntnisse

Deutsch: Muttersprache
 Türkisch: Muttersprache
 Englisch: fließend
 Französisch: C1
 Italienisch: B1