

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

*Einfluss eines Recovery-orientierten Behandlungsansatzes auf
die Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund in der
stationär-psychiatrischen Regelversorgung*

Eine quasi-experimentelle Studie mit Prä-Post-Vergleich im
Rahmen der klinischen Studie zur Einführung des Weddinger
Modells

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Anne Maria Paschke
aus Göttingen

Datum der Promotion: 25.11.22

1 Inhaltsverzeichnis

1	Inhaltsverzeichnis	2
2	Abbildungsverzeichnis	5
3	Tabellenverzeichnis.....	5
4	Abkürzungsverzeichnis	8
5	Abstract (Deutsch)	10
6	Abstract (English)	12
7	Einleitung.....	14
7.1	Die Anwendung Recovery-orientierter Behandlungskonzepte in der Behandlung von Patient*innen mit Migrationshintergrund	14
7.2	Überblick.....	15
7.3	Inhaltliche Einleitung	15
7.3.1	Einfluss der kulturellen Integration auf Prävalenz und Krankheitsverlauf psychiatrischer Erkrankungen bei Patient*innen mit Migrationshintergrund	15
7.3.2	Geschichte der transkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie.....	16
7.3.3	Aktuelle psychiatrische und psychotherapeutische Versorgungssituation von Patient*innen mit Migrationshintergrund in Deutschland	17
7.4	Kulturelle Aspekte der Recovery-Orientierung	19
7.4.1	Was ist die Recovery-Orientierung?	19
7.4.2	Kulturelle Determinanten von Recovery	21
7.5	Das Weddinger Modell.....	22
7.5.1	Ziel, Struktur und theoretischer Ansatz des Weddinger Modells	22
7.5.2	Das Weddinger Modell im Vergleich zum Frankfurter Raster sowie den Sonnenberger Leitlinien.....	23
8	Fragestellung und Zielsetzung.....	25
9	Hypothesen.....	26
10	Methodik und Material	28
10.1	Studiendesign und Befragungsablauf	28
10.2	Auswahlkriterien der Studienpopulation	29
10.3	Endpunkte.....	30
10.3.1	Auswahl der Endpunkte	30
10.3.2	Operationalisierung der Endpunkte	31
10.4	Messinstrumente.....	32
10.4.1	Basisdatenerhebung	32
10.4.2	Ärztliche Einschätzung des Erkrankungsschweregrads und des Behandlungserfolgs	33
10.4.3	Messung der Zufriedenheit mit der Behandlung.....	34
10.4.4	Fragebogen zur Qualität der therapeutischen Beziehung	34
10.5	Statistische Methoden.....	35

11	Ergebnisse	36
11.1	Beschreibung der Studienpopulation	36
11.2	Demographie	37
11.2.1	Demographische Unterschiede zwischen den Interventionsgruppen und der Kontrollgruppe	37
11.2.2	Migrationsbezogene demographische Angaben der Patient*innen mit Migrationshintergrund	44
11.2.3	Diagnose, Schweregrad und Dauer der Erkrankung	47
11.3	Überprüfung der Hypothesen	52
11.3.1	Überprüfung der Haupthypothese 1: Zufriedenheit mit der Behandlung	52
11.3.2	Haupthypothese 2: Entwicklung der Qualität der therapeutischen Beziehung nach Einführung der Recovery-Orientierung	65
11.3.3	Haupthypothese 3: Entwicklung der Änderung des Gesamtzustandes nach Einführung des Weddinger Modells	92
11.3.4	Haupthypothese 4: Auswertung der Angehörigenbefragung vor und nach Einführung des Weddinger Modells	95
12	Diskussion	99
12.1	Zusammenfassung der Hauptergebnisse	99
12.1.1	Zusammenfassung der Ergebnisse zur Zufriedenheit mit der Behandlung nach Einführung der Recovery-Orientierung, bzw. des Weddinger Modells	99
12.1.2	Zusammenfassung der Ergebnisse zur Qualität der therapeutischen Beziehung nach Einführung der Recovery-Orientierung, bzw. des Weddinger Modells	100
12.1.3	Zusammenfassung der Ergebnisse zur Änderung des Gesamtzustands nach Einführung des Weddinger Modells	101
12.1.4	Zusammenfassung der Ergebnisse der Angehörigenbefragung nach Einführung des Weddinger Modells	102
12.2	Stärken und Schwächen der Studie	102
12.3	Diskussion der Methoden	104
12.4	Diskussion der Ergebnisse	106
12.4.1	Allgemeine Diskussion der Studienergebnisse	106
12.4.2	Diskussion der Ergebnisse des Fragebogens zur Zufriedenheit mit der Behandlung (WPAZ)	107
12.4.3	Diskussion der Ergebnisse des Working Alliance Inventory (WAI)	109
12.4.4	Diskussion der Ergebnisse des CGI	110
12.4.5	Diskussion der Ergebnisse der Angehörigenbefragung	111
12.4.6	Allgemeine inhaltliche Ergebnisdiskussion	112
12.5	Bewertung und Ausblick	115
14	Literaturverzeichnis	117
15	Anhang	125
15.1	Fragebögen	125
15.1.1	Fragebogen Basisdatenerhebung	125
15.1.2	Fragebogen Zufriedenheit mit der Behandlung	128

15.1.3	Fragenbogen zur Qualität der therapeutischen Beziehung	132
15.1.4	GAF	136
15.1.5	CGI.....	137
16	Eidesstattliche Versicherung.....	137
17	Lebenslauf.....	139
18	Publikationsliste	140
19	Danksagung	140

2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 10-1 Studienablauf.....	28
Abbildung 11-1 Entwicklung des mittels Johnson-Transformation transformierten Summenscores des WPAZPat in der Auswertung mittels ANOVA	60
Abbildung 11-2 Entwicklung der Zufriedenheit mit der Behandlung nach Personaleinschätzung anhand der Testung des Summenscores des WPAZPer in den drei Studiengruppen zu T0 und T1 mittels ANOVA	64
Abbildung 11-3 Entwicklung des, nach Johnson-Transformation, transformierten Gesamtsummenscore des WAIT	76
Abbildung 11-4 Entwicklung des, nach Johnson-Transformation, transformierten Gesamtsummenscore des WAIP.....	76
Abbildung 11-5 Anzahl der erfolgreichen Angehörigenbefragungen, gemessen an den erfolgreich ausgefüllten Angehörigenfragebögen zur Zufriedenheit mit der Behandlung	97

3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Überschneidungen der Recovery-Orientierung mit dem Weddinger Modell sowie mit Behandlungsempfehlungen von Patient*innen mit Migrationshintergrund nach den Sonnenberger Leitlinien und dem Frankfurter Raster {Stadt Frankfurt, 2007}	25
Tabelle 2 Operationalisierung der Endpunkte	32
Tabelle 3 Größe der Studienpopulationen zum ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt	37
Tabelle 4 Übersicht demographische Daten (Geschlecht, Familienstand, Wohnform, Einkünfte, beruflicher Status der Eltern), die Interventionsgruppen mit und ohne MH und die externe Kontrollgruppe im Vergleich	41
Tabelle 5 Abschluss und abgeschlossene Berufsausbildung: Interventionsgruppe mit und ohne MH und externe Kontrollgruppe im Vergleich	43
Tabelle 6 Kultureller Hintergrund der Pat. mit MH der Interventionsgruppe	46
Tabelle 7 Übersicht Generation und Aufenthaltsdauer der Pat. mit MH der Interventionsgruppe.....	46
Tabelle 8 Hauptdiagnosespektrum der Studiengruppen im Vergleich.....	49
Tabelle 9 Nebendiagnosespektrum der ersten Nebendiagnose: Externe Kontrollgruppe und Interventionsgruppen im Vergleich	50
Tabelle 10 CGI-Severity-Scale: Interventions- und externe Kontrollgruppe im Vergleich	52
Tabelle 11 Signifikante Unterschiede zwischen der externen Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe ohne MH im Mann-Whitney-U-Test zum Erhebungszeitpunkt T0..	56
Tabelle 12 Auswertung der Summenscores des WPAZ mittels Mann-Whitney-U-Test: Vergleich innerhalb der drei Studiengruppe zwischen T0 und T1	57

Tabelle 13 Deskriptive Statistik zur Auswertung des Summenscores des WPAZPat mittels ANCOVA/ ANCOVA.....	58
Tabelle 14 Auswertung des Summenscores des WPAZPat mittels ANOVA/ ANCOVA..	59
Tabelle 15 Einfluss des Erkrankungsschweregrads und des sozioökonomischen Hintergrunds auf die Zufriedenheit der Patient*innen mit der Behandlung anhand der Testergebnisse des Summenscores des WPAZPat in der Auswertung mittels ANCOVA	61
Tabelle 16 Deskriptive Statistik zur , des nach Johnson-Transformation, transformierten Summenscores des WPAZPer mittels ANOVA/ ANCOVA	61
Tabelle 17 Auswertung des nach Johnson-Transformation, transformierten Summenscores des WPAZPer mittels ANOVA/ ANCOVA	63
Tabelle 18 Einfluss des Erkrankungsschweregrads und des sozioökonomischen Hintergrunds auf die Testergebnisse des, nach Johnson-Transformation, transformierten Summenscores des WPAZPer in der Analyse mittels ANCOVA	65
Tabelle 19 Gesamtsummscore und Subskalen des WAI - Anzahl gültiger Datensätze	66
Tabelle 20 Übersicht signifikanter Testergebnisse im Kolmogorov-Smirnov-Test bezogen auf die Summenscores des WAI.....	67
Tabelle 21 Vergleich der Standardabweichung, als Maß für die Varianz, für den Gesamtsummscore des WAIT in den drei Studiengruppen	69
Tabelle 22 Signifikante Unterschiede zwischen der externen Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe ohne MH im Mann-Whitney-U-Test zum Erhebungszeitpunkt T0	71
Tabelle 23 Signifikante Unterschiede zwischen den Interventionsgruppen im Mann-Whitney-U-Test zum Erhebungszeitpunkt T0.....	71
Tabelle 24 Auswertung der Gesamtsummscores des WAI mittels Mann-Whitney-U-Test: Vergleich innerhalb der drei Studiengruppen zwischen T0 und T1	72
Tabelle 25 Auswertung der Gesamtsummscores des WAI mittels ANOVA/ ANCOVA	73
Tabelle 26 Auswertung der Gesamtsummscores des WAI mittels ANCOVA	74
Tabelle 27 Übersicht signifikanter Testergebnisse im Kolmogorov-Smirnov-Test bezogen auf die Subskalen des WAI.....	78
Tabelle 28 Übersicht der Ergebnisse zur Testung der Varianzhomogenität im Levene-Test der Subskalen des WAI.....	80
Tabelle 29 Darstellung der signifikanten Testergebnisse der Subskalen des WAI in der Auswertung mittels Mann-Whitney-U-Test: Vergleich innerhalb der drei Studiengruppen zwischen T0 und T1	82
Tabelle 30 Anzahl der verwendeten Datensätze für die Auswertung der Subskalen des WAIP mittels MANOVA/ MANCOVA	83
Tabelle 31 Auswertungen der Subskalen des WAIP mittels MANOVA	83
Tabelle 32 Auswertungen der Subskalen des WAIP mittels MANCOVA	84
Tabelle 33 Auswertungen der Subskalen des WAIP mittels Post-Hoc-ANOVA/ Post-Hoc-ANCOVA.....	85

Tabelle 34 Auswertungen der Subskalen des WAIP mittels Post-Hoc-ANOVA/ Post-Hoc-ANCOVA.....	87
Tabelle 35 Anzahl der verwendeten Datensätze in der Auswertung der Subskalen des WAIT mittels MANOVA/ MANCOVA	88
Tabelle 36 Vergleich der Standardabweichung, als Maß für die Varianz, für die, nach Johnson-Transformation, transformierten Subskalen des WAIT in den drei Studiengruppen	89
Tabelle 37 Vergleich der Standardabweichung, als Maß für die Varianz, für die nach Johnson-Transformation, transformierten Subskalen des WAIT in den drei Studiengruppen	89
Tabelle 38 Auswertungen der Subskalen des WAIT mittels MANOVA/ MANCOVA.....	90
Tabelle 39 Darstellung des Profildiagramms der Post-Hoc-ANCOVA zur Entwicklung der Subskalen WAIP_Bi und WAIT_Bi (Qualität der therapeutischen Bindung: Patient*innenversion links/ Personalversion rechts) nach Einführung der Recovery-Orientierung, bzw. des Weddinger Modells	91
Tabelle 40 Ergebnis des Kruskal-Wallis-Test in Bezug auf die CGI-Zustandsänderung vor Einführung der Recovery-Orientierung (T0): Interventions- und externe Kontrollgruppe im Vergleich.....	92
Tabelle 41 CGI Zustandsänderung in den drei Stichproben: 2010 und 2011 im Vergleich	93
Tabelle 42 Tabellarische Übersicht zum Befragungseinverständnis, Studiengruppen im Vergleich.....	96
Tabelle 43 Tabellarische Übersicht zum Befragungserfolg, Studiengruppen im Vergleich	98

4 Abkürzungsverzeichnis

CGI	Clinical Global Impression Scale
CGI-S	CGI-Severity-Skala
CGI-I	CGI-Improvement-Skala
Dx	Diagnose
FR	Frankfurter Raster
GAF	Global Assessment of Function Scale
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
KHH	Krankenhaus Hedwigshöhe (Berlin)
MW	Mittelwert
MBT	Multiprofessionelles Behandler*innenteam
Mdn	Median
MH	Migrationshintergrund
N	Anzahl
ND	Nebendiagnose
PUK SHK	St. Hedwig Krankenhaus der Charité Berlin
QM	Qualitätsmanagement
r	linearer Korrelationskoeffizient nach Pearson
SD	Standardabweichung
SJKW	St. Joseph Krankenhaus Weißensee (Berlin)
SL	Sonnenberger Leitlinien
WAI	Working Alliance Inventory
WAI-S	Working Alliance Inventory Short
WAI_Bi	Subskala des WAI zur Entwicklung einer affektiven Bindung
WAI_Pr	Subskala des WAI zur Übereinstimmung hinsichtlich der zu bewältigenden Aufgaben
WAI_Zi	Subskala des WAI zur Übereinstimmung hinsichtlich der Ziele der Therapie
WAIP	Working alliance inventory vom Patient*innen ausgefüllt
SUMWAIP	Summenscore des WAIP
SUMWAIP_Johnson	Summenscore des WAIP nach Johnson-Transformation
WAIT	Working alliance inventory vom Therapeut*innen ausgefüllt
SUMWAIT	Summenscore des WAIT
SUMWAIT_Johnson	Summenscore des WAIT nach Johnson-Transformation

WAI_P/TBi	Summenscore zur WAI-Subskala: Entwicklung einer affektiven Bindung
WAI_P/TPr	Summenscore zur WAI-Subskala: Übereinstimmung hinsichtlich der zu bewältigenden Aufgaben
WAI_P/TZi	Summenscore zur WAI-Subskala: Übereinstimmung hinsichtlich der Ziele der Therapie
WAI_P/TBi_Johnson	Summenscore zur WAI-Subskala: Entwicklung einer affektiven Bindung nach Johnson-Transformation
WAI_P/TPr_Johnson	Summenscore zur WAI-Subskala: Übereinstimmung hinsichtlich der zu bewältigenden Aufgaben nach Johnson-Transformation
WAI_P/TZi_Johnson	Summenscore zur WAI-Subskala: Übereinstimmung hinsichtlich der Ziele der Therapie nach Johnson-Transformation
WPAZ	Fragebogen zum Therapieerfolg und zur Zufriedenheit mit der Behandlung
WPAZPat	Therapieerfolgs- und Zufriedenheitsfragebogen vom Patient*innen ausgefüllt
WPAZA	Therapieerfolgs- und Zufriedenheitsfragebogen vom Angehörigen oder einer Bezugsperson ausgefüllt
WPAZPer	Therapieerfolgs- und Zufriedenheitsfragebogen vom Personal ausgefüllt
SUMWPAZPat	Summenscore des Fragebogens zur Zufriedenheit mit der Behandlung- Patient*innenversion
SUMWPAZPer	Summenscore des Fragebogens zur Zufriedenheit mit der Behandlung-Personalversion
SUMWPAZPat_Johnson	Nach Johnson-Transformation transformierter Summenscore des WPAZPat
SUMWPAZPer_Johnson	Nach Johnson-Transformation transformierter Summenscore des WPAZPer
ZG	Zuwanderungsgeschichte

5 Abstract (Deutsch)

Einleitung: Ein komplexes, Recovery-orientiertes Behandlungskonzept, das Weddinger Modell (WM), wurde 2010 in die stationär-psychiatrische Regelversorgung der psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig Krankenhaus Berlin (PUK SHK) eingeführt. Bisherige Studien weisen auf eine Verbesserung der Qualität der therapeutischen Beziehung und der selbsteingeschätzten Resilienz von Patient*innen nach Einführung des WM hin (Mahler et al., 2014). Die Wirksamkeit des WM in der Behandlung von Patient*innen mit Migrationshintergrund wurde bisher nicht wissenschaftlich evaluiert und in der Konzeptualisierung des WM nicht schwerpunktmäßig berücksichtigt. Ziel dieser Studie ist es, recovery-bezogene Aspekte des WM mit den Ansprüchen einer kultursensiblen psychiatrischen Versorgung auf theoretischer Ebene zu vergleichen und die Wirksamkeit der Recovery-Orientierung in der Behandlung von Patient*innen mit Migrationshintergrund empirisch zu prüfen.

Methodik: Die Umsetzung kultursensibler Behandlungsempfehlungen im WM wurde auf theoretischer Ebene geprüft und die Wirksamkeit des WM in der Behandlung von Patient*innen mit Migrationshintergrund durch eine quasi-experimentelle Beobachtungsstudie empirisch evaluiert. Hierfür wurden zwei Patient*innenkohorten, unabhängig von der Behandlungsdiagnose, vor (T0) und nach Einführung des WM (T1) in die PUK SHK, verglichen. Innerhalb der Kohorten wurden zwei Interventionsgruppen gebildet, bestehend aus den Patient*innen mit und ohne Migrationshintergrund. Die Gruppe der Patient*innen ohne Migrationshintergrund diente als eine, die Intervention erhaltende, Kontrollgruppe. Gleichzeitig wurden zwei Kontrollkohorten in Berliner Krankenhäusern, die das WM nicht eingeführt hatten, untersucht. Die Gesamtstichprobe bestand aus 369 Fällen. Betrachtete Endpunkte waren: Die Behandlungszufriedenheit, die Qualität der therapeutischen Beziehung, gemessen durch den Working Alliance Inventory Short, die klinische Zustandsverbesserung nach CGI und der Einbezug der Familie.

Ergebnisse: Nach Einführung der Recovery-Orientierung (T1) zeigte sich eine signifikante Verbesserung der Qualität der therapeutischen Beziehung für die Interventionsgruppe mit Migrationshintergrund. Hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Behandlung zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Patient*innen mit und ohne Migrationshintergrund, sowie der externen Kontrollgruppe. Für beide Interventionsgruppen der PUK SHK bestehen Hinweise, dass Angehörige im Behandlungsalltag zu T1 präsenter

waren als zuvor. In der CGI-Skala zeigten sich zu T1, verglichen zu T0, in beiden Interventionsgruppen der PUK SHK prozentual mehr Behandler*innen, die eine Zustandsverbesserung im CGI-Veränderungsmaß angaben. Die Angabe, dass sich der Zustand "sehr viel gebessert" habe, wurde zum Zeitpunkt T2 seltener als bei T1 gemacht.

Diskussion: Die Ergebnisse deuten an, dass beide Interventionsgruppen von dem recovery-orientierten WM profitierten. Hervorzuheben ist die signifikante Verbesserung der Qualität der therapeutischen Beziehung für die Interventionsgruppe mit MH. Die Ergebnisse bedürfen einer Replikation an unabhängigen Stichproben. Eine kultursensible Patient*innenversorgung erfordert nichtsdestotrotz, über die Recovery-Orientierung hinausgehende, kultursensible Behandlungselemente.

6 Abstract (English)

Introduction: 2010, a complex, Recovery-Oriented Care treatment concept, the Weddinger Modell (WM), has been introduced in the regular psychiatric care of Charité Berlin, at St. Hedwig hospital Berlin (PUK SHK). The results of accompanying epidemiological research showed an increase in the quality of the therapeutic relationship in addition to an increase in the self-reported resilience by patients (Mahler et al., 2014). So far, the effectiveness of WM in the treatment of patients with migration background has neither been evaluated, nor their demands have been addressed in an empirical way during the debates concerning Recovery-orientation. Thus, this study aims to compare Recovery-oriented aspects with the requirements of a culture-sensitive healthcare in theoretical approach and to investigate empirically the competence of the Recovery-orientation in the treatment of patients with migration background.

Methods: The realization of common recommendations for a cultural-sensitive healthcare in WM was examined theoretically. Beyond the effectiveness of WM in the treatment of patients with migration background was empirically tested in a quasi-experimental observational study. Two cohorts of patients were generated, independently of their diagnosed illness, and compared before (T0) and after applying the WM (T1). Within two subpopulations, separated in patients with and without migration background, were formed. The group of patients without migration background served as a control, which received the same intervention. Simultaneously two control cohorts in Berlin hospitals, which hadn't implemented the WM, were surveyed. The entire sample consisted of a population number of 369 patients. As endpoints were set: Treatment satisfaction, quality of therapeutical relationship (Working Alliance Inventory Short), clinical improvement (CGI-Scale) and participation of family members.

Results: After implementing Recovery-orientation a significant increase in the quality of therapeutic relationships was found in the intervention group of patients with migration background. However, no significant difference between T0 and T1 and between the study samples was found in the development of the satisfaction. Both groups revealed a slightly increased presence of acquaintances. The CGI exhibited a non-significant decrease in the parameter "very much improved" in both intervention groups, while showing a non-significant increase in the change of the status overall.

Conclusion: The results indicate that both groups, patients with and without migration background, profited from the Recovery-Oriented care of the WM. Remarkably the quality of therapeutic relationship was enhanced in the group with migration background. The results need to be replicated on independent groups. Nevertheless a culture-sensitive healthcare necessitates culuture-sensitive elements that exceed Recovery-orientation.

7 Einleitung

7.1 Die Anwendung Recovery-orientierter Behandlungskonzepte in der Behandlung von Patient*innen mit Migrationshintergrund

Debatten um eine günstige therapeutische Haltung in der Behandlung von Menschen mit schwerer psychiatrischer Erkrankung betonen seit den 1980er Jahren den Einfluss einer Hoffnung vermittelnden, die Resilienz, die Partizipation sowie die individuellen und sozialen Ressourcen fördernden therapeutischen Haltung auf den Gesundungsprozess von Betroffenen. Eine in diesem Rahmen ebenfalls diskutierte Haltung ist die Recovery-Haltung. Diese wurde mit dem Weddinger Modell in einer Berliner Versorgungsklinik, der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig Krankenhaus Berlin (PUK SHK), 2010 eingeführt. Es setzte verschiedene Elemente der Recovery-Orientierung, wie bspw. die Partizipation von Patient*innen am Behandlungsprozess sowie die Hoffnungstiftung auf das Erreichen von persönlichen Lebenszielen trotz schwerer psychiatrischer Erkrankung (vgl. z. B. (Farkas, 2007), um. Neben strukturellen Veränderungen im klinischen Alltag fanden Schulungen des Personals statt, die die Inhalte der Recovery-Orientierung, gemeinsam mit Inhalten zur Resilienzförderung und aus dem Empowerment von psychiatrisch Erkrankten, vermittelten.

Während bisher veröffentlichte Publikationen (Burr et al., 2013), (Dümmler & Sennekamp, 2015) (McGuire et al., 2013) (Barbic et al., 2009), in Form einiger weniger qualitativer und quantitativer Studien, auf eine positive Wirkung der Recovery-Orientierung im Behandlungsprozess hindeuten, liegen bis heute nur einzelne quantitative Studien (Mahler et al., 2014) zur Umsetzung dieser therapeutischen Haltung in der stationär-psychiatrischen Regelversorgung vor. Insbesondere sind bisher keine wissenschaftlichen Arbeiten über die Wirksamkeit der Recovery-Orientierung in der Behandlung von den in Deutschland lebenden Patient*innen mit Migrationshintergrund veröffentlicht. Die Bedürfnisse der Patient*innen mit Migrationshintergrund wurden bis heute wenig in der Konzeptualisierung der Recovery-Orientierung berücksichtigt. In der vorliegenden Dissertation, wird daher, anhand der in einer quantitativen Studie gewonnenen Daten, gezielt der Frage nachgegangen, ob sich die Einführung eines Recovery-orientierten Behandlungskonzeptes im stationär-psychiatrischen Alltag positiv auf die Behandlung von Patient*innen mit Migrationshintergrund auswirkt.

7.2 Überblick

In der folgenden inhaltlichen Einleitung wird zunächst allgemein auf die psychiatrische Versorgungssituation von psychiatrisch erkrankten Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland und dem Einfluss kultureller Faktoren auf die Krankheitsentstehung und auf den Krankheitsverlauf eingegangen. Im Weiteren werden kulturelle Aspekte der Recovery-Orientierung dargestellt. Zuletzt erfolgt ein Vergleich zwischen der therapeutischen Ansätzen der Recovery-Orientierung, bzw. des Weddinger Modells mit den Leitlinien und Haltungsempfehlungen für die Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund. Die Integrierbarkeit der Behandlungsempfehlungen wird geprüft sowie Gemeinsames und Unterschiede, bspw. wie spezielle Bedürfnisse von Patienten mit MH in der psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlung, werden herausgearbeitet. Im Folgenden wird dann, im Ergebnisteil, in die statistische Auswertung der, der Dissertation zugrunde liegenden Daten, übergegangen.

7.3 Inhaltliche Einleitung

7.3.1 Einfluss der kulturellen Integration auf Prävalenz und Krankheitsverlauf psychiatrischer Erkrankungen bei Patient*innen mit Migrationshintergrund

Eine angemessene psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Patient*innen mit Migrationshintergrund ist nicht nur aufgrund ihres großen Bevölkerungsanteils und der hohen Prävalenz an psychiatrischen Erkrankungen insgesamt, sondern auch aufgrund stetiger weltweiter Migrationsbewegungen, so auch stetiger Immigration nach Deutschland, aus sozioökonomischen und humanistischen Gründen unbedingt erforderlich. Der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund lag 2018 in Deutschland bei 25,5 % (Statistisches Bundesamt, 2019).

Der Recovery-Prozess von psychischer Erkrankung speziell bei Menschen mit Migrationshintergrund kann durch gesellschaftliche Faktoren wie doppelte Stigmatisierung (Gary 2005) oder unzureichende Integration in die Gesamtgesellschaft erschwert sein. Nach (Cantor-Graae & Selten, 2005) und (Selten et al., 2007) wurden als soziale Einflussfaktoren auf die Entstehung und Genesung psychotischer Erkrankungen Erfahrungen sozialer Niederlage (=„social defeat“) und die Kohäsion der ethnischen Gruppe diskutiert. Es wird weiterhin davon ausgegangen, dass Diskriminierung und soziale

Benachteiligung (= „social adversity“) einen Einfluss auf die Entwicklung von psychotischen Erkrankungen (Veling, 2013) haben. Neben des Einflusses auf Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis besteht bei Menschen mit Migrationshintergrund unter bestimmten Bedingungen ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von akuten Belastungsstörungen, PTBS, Somatisierungsstörungen und dissoziativen Störungen (Morawa & Erim), (Koch et al., 2008), (K. Behrens & I. T. Calliess, 2008), (Lo Baido et al., 2004). Nach Penka (Penka et al., 2004) sind auch Suchtprobleme „heutzutage (...) bei Migranten weit verbreitet.“ Nach Knipper und Bilgin entspricht der „Gesundheitszustand der Menschen mit Migrationshintergrund (...) in etwa demjenigen der Menschen ohne Migrationshintergrund. Einige Untersuchungen kommen (...) zu dem Ergebnis, dass in Bezug auf bestimmte weit verbreitete Erkrankungen die Morbidität bei Menschen mit Migrationshintergrund geringer ist (...) Gleichzeitig (...) gibt es z. B. [für Patient*innen mit MH] erhebliche Hindernisse beim Zugang zum Gesundheitssystem in Deutschland mit dem Risiko von Mangel- und Fehlversorgung. Die gesundheitliche Versorgung für alle Menschen mit Migrationshintergrund auf einem qualitativ hohen Niveau sicher zu stellen, ist daher eine wichtige sozialpolitische Aufgabe“ (Knipper & Bilgin, 2009). „Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken differieren (...) innerhalb der Migrant_innenpopulation stark und ändern sich im Verlauf des Aufenthalts im Zielland.“(Kupfer & Gamper, 2020).

In der psychiatrischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund ist es daher wünschenswert, dass neben einer angemessenen psychotherapeutischen und medikamentösen Behandlung ohne Zugangsbeschränkungen, ein Beitrag zur Integration von Patient*innen mit Migrationshintergrund in das gesamtgesellschaftliche Gefüge geleistet wird. Zudem ist wahrscheinlich, dass sich eine kultursensible Gesundheitsversorgung positiv, insbesondere auf Erkrankungsentstehung und -verlauf, auswirken.

7.3.2 Geschichte der transkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie

2002 erarbeiteten das Referat für Transkulturelle Psychiatrie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), die Deutsch-Türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit e.V. (DTGPP), die Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Hochschule Hannover

und das Ethno-Medizinische Zentrum e.V., Hannover, die Sonnenberger Leitlinien (Machleidt, 2002), die sich für eine interkulturelle Öffnung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung sowie für die Belange von Patient*innen mit Migrationshintergrund einsetzten.

Die Leitlinien benannten Hindernisse und Ausbaumöglichkeiten in der psychiatrischen Versorgung von Patient*innen mit Migrationshintergrund. Neben dem Hinweis der Relevanz zur Sicherung der Qualitätsstandards in der Begutachtung von Migranten im Straf-, Zivil- (Asyl-) und Sozialrecht, beinhalteten die Leitlinien Vorschläge zu strukturellen Verbesserungsmöglichkeiten in der psychiatrischen Versorgung von Patient*innen mit Migrationshintergrund. Sie schlugen den Ausbau der Kooperation mit Migrations-, Sozial-, und sonstigen Fachdiensten sowie die Entwicklung von familienbasierten Gesundheitspräventionsmaßnahmen vor. In der stationär-psychiatrischen Regelversorgung warben sie für die bevorzugte Einstellung von Personal mit Migrationshintergrund, für die Bildung interkultureller Behandler*innenteams, für den Einsatz von psychologisch geschulten Fachdolmetschern, für die Entwicklung von Behandlungsmöglichkeiten (unter bestimmten Bedingungen) in Spezialeinrichtungen, für die Erstellung von fremdsprachigem Informationsmaterial, sowie für die Integration von Fortbildungen zu interkultureller Kompetenz in die ärztliche Aus- und Weiterbildung. Auch auf die Notwendigkeit der Förderung von Forschungsprojekten zur psychischen Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund wurde hingewiesen.

Fünf Jahre später, 2007, verfasste der Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration das Frankfurter Raster {Stadt Frankfurt am Main, 2007}. Das Raster listet zwölf Kriterien für eine gelingende interkulturelle und integrationsfördernde Arbeit im Gesundheitsbereich auf. Auf die Kriterien des Frankfurter Rasters wird an dieser Stelle nicht ausführlich eingegangen. Sie werden, in Kapitel 7.5, gemeinsam mit den Empfehlungen der Sonnenberger Leitlinien vergleichend herangezogen und ihre Umsetzung im Weddinger Modell wird geprüft.

7.3.3 Aktuelle psychiatrische und psychotherapeutische Versorgungssituation von Patient*innen mit Migrationshintergrund in Deutschland

Eine interkulturelle Öffnung der deutschen Gesundheitsversorgung ist noch nicht zufriedenstellend erfolgt (Bühning, 2017), (Penka, 2016). Einer der aktuellsten Studien zur

psychiatrischen Versorgung von Patient*innen mit Migrationshintergrund in Deutschland zeigen weiterhin einen dringenden „Handlungsbedarf in Bezug auf die Öffnung des Gesundheitssystems, [die] Verbesserung und Vereinfachung der Zugangswege und [die] Erleichterung der Behandlungsoptionen.“ Patient*innen mit Migrationshintergrund seien im Gesundheitssystem mit „zahlreichen Zugangsbarrieren konfrontiert, die sich in einer eingeschränkten Inanspruchnahme des psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesundheitssystems widerspiegeln. Insbesondere bei Flüchtlingen und Asylbewerbern liegt eine große Versorgungslücke vor.“ (Schouler-Ocak, 2015). Eine aktuelle Umfrage im Bezirk Berlin Mitte ermittelte das Angebot interkultureller Angebote und befand „die interkulturelle Öffnung wenig umgesetzt. Angestellte sowie Nutzende mit Migrationshintergrund waren unterrepräsentiert.“ (Penka et al., 2015). Eine repräsentative Umfrage der Bundesdirektorenkonferenz ermittelte das in der folgenden Aufzählung aufgeführte interkulturelle Angebot an 72 teilnehmenden Kliniken deutschlandweit (Koch et al., 2014):

Spezielle interkulturelle Angebote ambulant: 33,3%

Spezielle interkulturelle Angebote stationär: 12,5%

Interkult. Öffnung aller Stationen: 50,0%

Verankerung im Klinikkonzept: 54,2%

Verankerung im QM: 44,4%

Mehrsprachiges Informationsmaterial: 44,8%

Förderung muttersprachlicher Behandlung: 58,3%

Studien zur Qualität und des Outcomes der stationären Versorgung von Patient*innen mit Migrationshintergrund sowie Studien zu psychosozialen Therapien bei Patient*innen mit Migrationshintergrund im jungen und mittleren Erwachsenenalter in Deutschland liegen nur in begrenztem Umfang vor (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, 2013).

Möske (Möske et al.) und Heim (Heim & Diefenbacher, 1998) fanden bspw. einen negativen Einfluss des türkischen Migrationshintergrundes auf den Behandlungserfolg sowie auf den Aufnahmestatus der türkischen Patient*innen. Eine Pilotstudie in einer

psychiatrischen, nicht auf Patient*innen mit Migrationshintergrund zugeschnittenen, Tagesklinik mit verbalorientierten, kreativen, körperorientierten und arbeitsrehabilitativen Elementen zeigte einen ebenso guten Behandlungserfolg der Patient*innen mit Migrationshintergrund zur deutschen Vergleichsgruppe, allerdings bei einem durch Vorgespräche ausgewählten Patient*innenklientel (Katharina Behrens & Iris Tatjana Calliess, 2008).

Der aktuelle Trend setzt sich für eine Verbesserung der psychiatrischen Versorgung von Patient*innen mit Migrationshintergrund, im Sinne der Integrationsförderung, für die interkulturelle Öffnung der bestehenden Regeldienste ein. Es sei nach Behrens (K. Behrens & I. T. Calliess, 2008) allerdings noch nicht ausreichend präzisiert, „in welcher Weise sich diese anpassen müssen und was eine adäquate Integration von Migranten für die konkrete Behandlungssituation genau bedeutet.“ Eine Überprüfung neu eingeführter therapeutischer Ansätze oder stationärer Versorgungskonzepte auf ihre Wirksamkeit in der Behandlung von Patient*innen mit Migrationshintergrund ist folglich unabhängig von der hier untersuchten Forschungsfrage sinnvoll.

7.4 Kulturelle Aspekte der Recovery-Orientierung

7.4.1 Was ist die Recovery-Orientierung?

Bei der Recovery-Orientierung in der psychiatrischen Behandlung handelt es sich um eine seit den 1980er Jahren erstarkende Bewegung aus dem englischen Sprachraum, die mittlerweile in der internationalen Forschung und der psychiatrischen Praxis vielfach diskutiert, umgesetzt und teilweise evaluiert wurde (vgl. bspw. Mahler et al. (Mahler et al., 2014), Burr (Burr et al., 2013), Dümmler (Dümmler & Sennekamp, 2015), McGuire (McGuire et al., 2013), Barbic (Barbic et al., 2009)). Die Popularität und Ausbreitung ihrer Inhalte verdankt die Recovery-Orientierung den zahlreichen Erfahrungsberichten und Anregungen von ehemaligen PsychiatriePatient*innen wie bspw. R. Coleman (Coleman, 1999), P. E. Deegan (Deegan, 1988) (vgl. weiterhin M. Amering (Amering & Schmolke, 2007)). Frühe Grundpositionen zur Recovery-Orientierung formulierte W. Anthony, der postulierte, dass Recovery einen Prozess der Veränderung bedeutet, der einhergeht mit der Veränderung der eigenen Haltung, Ziele, Werte, Gefühle und Fähigkeiten mit dem Ziel der Erlangung eines zufriedenstellenden Lebens innerhalb der Grenzen der Erkrankung (Anthony, 1993). Recovery, nach W. Anthony, beeinflusst die Auftretenshäufigkeit und die

Dauer des Vorliegens von Krankheitssymptomen (Anthony, 1993). Den Recovery-Prozess beschreibt Anthony als nicht-linearen Prozess mit Phasen der Recovery und Phasen des Wiederauftretens von Krankheitssymptomen (Anthony, 1993).

Die Definitionen des Recovery-Begriffs waren nicht immer einheitlich, weswegen C. L. Boutillier et al. (Boutillier et al., 2011) die Leitlinien für eine Recovery-orientierte Praxis aus sechs Ländern (USA, England, Neu Seeland, Schottland, Irland, Dänemark) analysierten. Sie identifizierten sechzehn dominante Themen aus den Bereichen „promoting citizenship“, „organizational commitment“, „supporting personally defined recovery“ und „working relationship“ als die am häufigsten fokussierten Ansätze der Recovery-Orientierung. Ebenso erarbeiteten Onken et al. 2007 (Onken et al., 2007) auf Grundlage einer Metaanalyse von verschiedenen englischsprachigen Veröffentlichungen eine Vereinheitlichung des Recovery-Begriffs und betonten die beiden Anteile der Recovery-Orientierung: Den „first order change“ (Herstellung der psychischen Gesundheit des Individuums) einerseits, sowie den „second order change“ ((Wieder-) Herstellung der Inklusion des Individuums in die Gesamtgesellschaft durch Veränderung der Gesamtgesellschaft) andererseits (Onken et al., 2007). In der deutschen Literatur lieferten M. Amering und M. Schrank mit ihrem Buch „Recovery – das Ende der Unheilbarkeit“ (Amering & Schmolke, 2007) einen wichtigen Beitrag für die Etablierung der Recovery-Orientierung in Deutschland. Sie ergänzten das in der „klassisch medizinisch psychiatrischen Forschung“ vorherrschende, Recoveryverständnis eines „symptomfokussierten“ Ansatzes, durch eine „personenzentrierte Definition von Recovery“. Diese fokussiere auf den „Prozess von persönlichem Wachstum und persönlicher Entwicklung, in dem Betroffene die persönlichen, sozialen und gesellschaftlichen Folgen einer psychischen Erkrankung überwinden und zurück zu einem erfüllten, sinnhaften und selbst bestimmten Leben finden und einen positiven Beitrag in der Gesellschaft leisten können“ (Schrank & Amering, 2007). Eine therapeutisch günstige Haltung fördere dabei die Stärken der Patient*innen („strengths perspective“) (Ramon et al., 2007), sei humorvoll, Resilienz fördernd, ressourcenorientiert und führe zum „Empowerment“ der Erkrankten (Amering & Schmolke, 2007), (Mahler et al., 2014). M. Farkas schließlich formulierte 2007 vier Schlüsselwerte der Recovery-Orientierung: Personenorientierung, Betroffenen-Einbeziehung, Selbstbestimmung/ Wahlfreiheit, Wachstumspotential und Hoffnung (Farkas, 2007). Bis heute wird die fehlende Vereinheitlichung des Recovery-Begriffs teilweise kritisiert (Schulz). Dennoch wurden mittlerweile in den letzten Jahren Recovery-orientierte Behandlungsmanuale erstellt (Tschinke, 2018), (Bullock et al., 2009), die zum Zeitpunkt der

Implementierung des, in dieser Studie evaluierten, Recovery-orientierten stationären Versorgungsmodells, noch nicht vorlagen.

Aktuell gibt es, der Literatur nach, Ansätze, Recovery-orientierte Behandlungsmanuale an die kulturellen Bedingungen in Deutschland anzupassen (vgl., z. B. (Tschinke, 2018)). Insgesamt scheint die Recovery-Orientierung, auch in Deutschland, wahrgenommen als eine Weiterentwicklung der deutschen Sozialpsychiatrie (Tschinke, 2018), zunehmend Fürsprecher*innen für sich zu gewinnen (Tschinke, 2018). Die Recovery-Orientierung wird auch als günstige therapeutische Haltung in der Behandlung nicht-psychotischer Erkrankungen, beispielsweise depressiver Erkrankungen, wahrgenommen (Schulz).

7.4.2 Kulturelle Determinanten von Recovery

International wurden in den USA, Japan, Australien, Schweden, Israel (McGuire et al., 2013) sowie in Polen (Anczewska et al., 2014), (Nowak et al., 2017) Studien durchgeführt, die allgemein den Erfolg von an der Recovery-Orientierung orientierten Behandlungsstrategien überprüften. Weiterhin versuchte eine internationale qualitative Studie in Italien, Norwegen, Schweden und den USA Faktoren zu identifizieren, die den Recovery-Prozess begünstigen (Davidson, Borg, et al., 2005). Eine ausführliche Literaturrecherche mit den Schlagworten „Recovery AND psychiatry“/ „Recovery AND mental illness“ kombiniert mit verschiedenen Ländernamen oder Regionen wie bspw. „Turkey“, „Arab“, „Russia“, „Asia“, „Greek“ über PubMed, Medline und Google Scholar fand keine Publikationen über die Einführung der Recovery-Orientierung in den genannten Regionen.

Studien, die versuchen die Bedürfnisse von Patient*innen mit Migrationshintergrund mit den Ansätzen der Recovery-Bewegung in Verbindung zu bringen gibt es bisher wenig. Adeponle, Kirmayer und Whitley diskutierten in ihrem Artikel „Cultural context and constructions of recovery“ 2012 die Übertragbarkeit der Inhalte der Recovery-Orientierung auf einen von der USA divergenten kulturellen Kontext und kamen zu dem Schluss, dass die Definition von Recovery, wie sie in den USA vertreten wird, nicht ohne weiteres auf andere Kulturen, wie bspw. Neuseeland, übertragbar ist (Adeponle et al., 2012). Daneben setzten sich Poole und Lavallee mit der Bedeutung des Recovery-Begriffs in der psychiatrischen Versorgung der indigenen Bevölkerung in Kanada auseinander (Lavallee & Poole, 2009). Sie befanden, dass der Recovery-Prozess in der Behandlung von ethnischen Minderheiten um die Auseinandersetzung mit zahlreichen kulturspezifischen Themen wie

bspw. der Berücksichtigung der Folgen von Kolonialisierung und der damit einhergehenden Verwundung von Identitäten und Strukturen (Lavalée & Poole, 2009) sowie der Offenheit gegenüber einem kulturspezifischen Verständnis von „mental-health“ (Lavalée & Poole, 2009) ergänzt werden sollte.

In der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung von Patient*innen mit Migrationshintergrund bedarf es folglich der Berücksichtigung einiger, über die Recovery-Orientierung hinausgehender, inhaltlicher Aspekte. Ob die Recovery-Haltung dennoch einen positiven Einfluss auf den Gesundungsprozess von psychisch erkrankten Patient*innen mit Migrationshintergrund haben kann ist anhand der bisher vorliegenden Studien nicht zu beantworten und soll in dieser Dissertation untersucht werden.

7.5 Das Weddinger Modell

7.5.1 Ziel, Struktur und theoretischer Ansatz des Weddinger Modells

Die Zielsetzung des 2010 in einer allgemeinpsychiatrischen Versorgungsklinik für den Versorgungsbereich Berlin Wedding, der PUK SHK, eingeführten Weddinger Modells bestand in der Umsetzung und Etablierung verschiedener Elemente der Recovery-Orientierung in der stationär-psychiatrischen Regelversorgung. Auf allen Stationen der Klinik (Station 34 – Suchtmedizinische Station, Station 35 – Gerontopsychiatrische Station und den allgemeinpsychiatrischen Stationen 36 und 37), wurde das neue Versorgungskonzept eingeführt. Recovery-Orientierung, bedürfnisangepasste Therapie, Transparenzerhöhung, Multiprofessionalität, Partizipation des Patient*innen samt der Angehörigen, Ressourcenorientierung, Empowerment und Resilienzförderung sollten im Weddinger Modell forciert gestärkt sowie in ein integratives psychiatrisches Versorgungssystem eingebettet werden. Die gemeinsame Sicht von Behandelnden und der Patient*innen auf Therapieziele und -verlauf sollte besonders gewichtet werden.

Den Patient*innen kam die Rolle als Expert*innen der eigenen persönlichen Lebens- und Gesundheitssituation zu, mit gesteigerter therapiebezogener Eigenverantwortung. Ihr Einfluss auf den Therapieverlauf und die therapeutische Zielsetzung der Patient*innen sollte gestärkt und in der Folge Resilienz, das eigene Selbstwirksamkeits- und Autonomieerleben gefördert werden. Zu diesem Zweck fanden Mitschulungen statt, die dem gesamten psychiatrischen Team die, der Recovery-Orientierung zugrundeliegende,

theoretische Einbettung, die gewünschte therapeutische Grundhaltung und die daraus resultierende Rekonzeptionalisierung der stationären Therapie vermittelten (Mahler et al., 2014).

Die strukturellen Veränderungen des WM im Konkreten bestanden aus der Bildung von multiprofessionellen Behandler*innenteams (MBT), sowie der Rekonzeptionalisierung der nun nicht mehr ärztlich dominierten, sondern partizipativ gestalteten Visiten und Sitzungen zur Therapieplanung, während des gesamten stationären Aufenthaltes. Bei Einverständnis der Patient*innen konnten Angehörige und Bezugspersonen an allen Visiten und Sitzungen teilnehmen. Der oberärztlichen Visite kam die Funktion einer den Therapieverlauf supervidierenden Instanz zu. Peer-Arbeiter*innen wurden in den stationären Alltag einbezogen. Dabei handelte es sich um fest angestellte Peer-Mitarbeiter*innen auf zunächst zwei, später auf drei Stationen, plus einem Angehörigen-Peer-Arbeiter. Zudem beteiligten sich Mitarbeiter*innen der PUK SHK am Trialog Mitte und es fand eine wöchentliche Peerberatung für Patient*innen des Hauses und Externe statt. Für die Behandlung der Patient*innen mit Migrationshintergrund wurde, nach Möglichkeit, die Bildung eines interkulturellen Behandler*innenteams vorgezogen sowie Dolmetscher*innen und Kulturmittler*innen in die Behandlung, soweit möglich, einbezogen (Mahler et al., 2014).

7.5.2 Das Weddinger Modell im Vergleich zum Frankfurter Raster sowie den Sonnenberger Leitlinien

Mit dem Weddinger Modell erfolgte die Einführung eines neuen, sich an der Recovery-Orientierung ausrichtenden stationär-psychiatrischen Versorgungskonzeptes, in das St. Hedwig Krankenhaus der Charité Berlin. Das Weddinger Modell, bzw. die Recovery-Orientierung, bietet dabei im Konkreten einige Veränderungen, die sich positiv in der Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund auswirken könnten. Im Sinne der transkulturellen Öffnung der psychiatrischen Regeldienste handelt es sich bei dem Weddinger Modell nicht um ein speziell auf die Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund zugeschnittenes Konzept. Es bietet allerdings Veränderungen, die sich im Abgleich mit den Empfehlungen der Sonnenberger Leitlinien und dem Frankfurter Raster, positiv in der Behandlung von Patient*innen mit Migrationshintergrund auswirken könnten. Die Recovery-Orientierung, bzw. das Weddinger Modell werden in der Tabelle 1 vergleichend mit dem Frankfurter Raster und den Sonnenberger Leitlinien nebeneinander

übersichtlich dargestellt. Weitere Empfehlungen und Ausarbeitungen zur therapeutischen Haltung in der Therapie von Patient*innen mit MH liefert Y. Erim (Erim, 2009: S. 42-56). Auf ihre Ausarbeitungen kann im Rahmen dieser Dissertation leider nicht ausführlich eingegangen werden. Y. Erims Ausarbeitungen werden nur deutlich verkürzt in der Tabelle 1 berücksichtigt.

Bei der Betrachtung der Tabelle 1 wird deutlich, dass Übereinstimmungen in den theoretischen Ausarbeitungen der Recovery-Orientierung, bzw. dem Weddinger Modell, zu den Behandlungsempfehlungen hinsichtlich der Autonomieförderung und der Partizipation der Patient*innen und ihrer Bezugspersonen in den Behandlungsprozess bestehen, dass in den drei theoretischen Ausarbeitungen Ansätze der Ressourcenorientierung, des Empowerments und eine ganzheitliche, bzw. „offene“ Haltung empfohlen werden, etc. (vgl. Tabelle 1). Über die theoretischen Ansätze der Recovery-Orientierung und des Weddinger Modells hinausgehend bedarf es, den SL und dem FR folgend, in der Behandlung der Patient*innen mit MH die Auseinandersetzung mit und die Berücksichtigung von kulturspezifischen Inhalten, bspw. die Berücksichtigung von ethnischen Konflikten oder spezifischen sozialarbeiterischen Themen wie bspw. Fragen zum Aufenthaltsstatus (s. u.). Auf theoretischer Ebene stellen die Recovery-Orientierung, im Weddinger Modell umgesetzt, und die Empfehlungen zu einer kultursensiblen psychiatrischen Krankenversorgung Ansätze dar, die sich in Bezug auf die Behandlung der Patient*innen mit MH gut ergänzen können, und die, theoretisch betrachtet, sich ergänzend, auf der Realebene, in den psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungsstrukturen umgesetzt werden könnten und, sofern die Recovery-Orientierung eine positive Wirkung erzielen wird, möglicherweise auch sollten.

Überschneidungen der Recovery-Orientierung mit dem Weddinger Modell sowie mit Behandlungsempfehlungen von Patient*innen mit Migrationshintergrund nach den Sonnenberger Leitlinien und dem Frankfurter Raster

Recovery-Orientierung¹	Weddinger Modell (WM)	Sonnenberger Leitlinien (SL) und Frankfurter Raster (FR)
Partizipation der Patient*innen an der Behandlung	Partizipation der Patient*innen an der Zielsetzung für den stationären Aufenthalt und den Therapieentscheidungen	Sicherung einer dauerhaften Mitsprache (FR)
Effektivität, Kontinuität	Multiprofessionelle, nach Möglichkeit interkulturelle Behandler*innenteams	Interkulturelle Behandler*innenteams (SL)
Ganzheitliche, nicht lineare, respektvolle Haltung	Ganzheitliche, nicht lineare, respektvolle Haltung	Neugierige, offene, geduldige, kultursensitive, reflektierende Haltung (Erim, 2009: S. 42-56)
Wahrnehmung von Möglichkeiten, Wiedererlangung von Kompetenzen	Resilienzförderung, Ressourcenorientierung	Hilfe zur Selbsthilfe (FR), Selbsthilfegruppen (FR) Ressourcenorientierung (FR)

¹ An dieser Stelle werden vorzugsweise die Elemente der Recovery-Orientierung nach Amering, M., & Schmolke, M. (2007) zum Vergleich herangezogen

zen, Em-powerment	Empowerment Angehörigeneinbezug, Trialog	Empowerment (FR) Entwicklung von familienbasierten Gesundheitspräventionsmaßnahmen (FR), Einbezug der Familie in die Behandlung (SL, FR)
Hoffnung	Vermittlung von Hoffnung und Zuversicht	
	Zusammenarbeit mit ambulanten Verbänden, sozialen Einrichtungen	Ausbau der Kooperation mit Migrations-, Sozial-, und sonstigen Fachdiensten, sowie Schlüsselpersonen der unterschiedlichen Migrant*innengruppen, -organisationen und -verbände (SL, FR)
Humor		
Einbezug von Psychiatrieerfahrenen, Peearbeit	Einbezug von Psychiatrieerfahrenen, Peearbeit	Innovative Methoden zur Begegnung der Patient*innen mit medizinischen und nichtmedizinischen Expert*innen, Gesundheitsakteure auf der Seite der Migrant*innen als auch auf der Seite der Regeldienste (FR)
	Einbezug von Kulturmittler*innen und Fachdolmetscher*innen	Einbezug von Kulturmittler*innen und Fachdolmetscher*innen (SL)
Inklusiver Ansatz, Platz in der Gesellschaft, Abbau von (Selbst-) Stigmatisierung		Öffentlichkeitsarbeit: Antidiskriminierungsarbeit, Bildungs- und Arbeitsmarktpolitik (FR), Förderung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung (FR), Setting-Ansatz (FR), Platz in der jeweiligen Herkunfts- und/oder Aufnahmegesellschaft, Abbau von (Selbst-) Stigmatisierung
		Qualifizierung von Menschen mit Migrationshintergrund und Einheimischen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung und als psychiatrisch und psychotherapeutisch Tätige (SL)
		Fortbildungen zur interkulturellen Kompetenz von Psychiatriemitarbeiter*innen (SL)
	Wissenschaftliche Begleitung der Einführung des Weddinger Modell	Migrationssensible Forschung (FR, SL)
	Einbezug von Sozialarbeiter*innen b. B.	Berücksichtigung der aufenthaltsrechtlichen Situation und ausländerrechtlichen Bestimmungen sowie ihre Auswirkung auf die Gesundheit der Migrant*innen (FR)
Vergangenheitsbewältigung, Aussöhnung		Therapeutische Bearbeitung bspw. ethnischer Konflikte (Lavalée & Poole, 2009)
Gerechtigkeit, Zugänglichkeit		Beseitigung von Zugangsbarrieren
Symptomkontrolle	Symptomkontrolle soweit notwendig; medikamentös und psychotherapeutisch	Symptomkontrolle soweit notwendig; medikamentös und psychotherapeutisch
Selbstverwirklichung, Autonomie, Selbstverantwortung	Selbstverwirklichung, Selbstverantwortung (bspw. in der Medikamenteneinnahme)	Autonomieförderung unter Berücksichtigung der gesellschaftlichen kulturellen familiären Rahmenbedingungen

Tabelle 1 Überschneidungen der Recovery-Orientierung mit dem Weddinger Modell sowie mit Behandlungsempfehlungen von Patient*innen mit Migrationshintergrund nach den Sonnenberger Leitlinien und dem Frankfurter Raster {Stadt Frankfurt, 2007}

8 Fragestellung und Zielsetzung

Im Kapitel 7.4.2 wurde deutlich, dass zu erforschen bleibt, inwiefern und ob, sich die im Weddinger Modell umgesetzte Recovery-Orientierung in der Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund positiv auf den Verlauf einer psychischen Erkrankung auswirken kann.

In dieser Dissertation wird erstmalig mittels einer quantitativen Erhebung der Einfluss der Einführung eines Recovery-orientierten stationär-psychiatrischen Versorgungsmodells auf die Behandlung der Patient*innen mit Migrationshintergrund untersucht. Die untersuchte Forschungsfrage lautet:

Profitieren die Patient*innen mit und ohne Migrationshintergrund gleichermaßen von der Einführung der Recovery-Orientierung, resp. dem Weddinger Modell, in die stationär-psychiatrische Regelversorgung?

Es wird davon ausgegangen, dass die Patient*innen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu der, die Intervention ebenfalls durchlaufenden Kontrollgruppe ohne Migrationshintergrund in besonderem Maß von der Einführung des, auf der Recovery-Orientierung basierenden, Weddinger Modells profitieren könnten. Begründet wird diese Annahme einerseits durch die Tatsache, dass sich Parallelen in der empfohlenen therapeutischen Haltung für die Patient*innen mit Migrationshintergrund in der Literatur (SR, FR) und in der Recovery-Orientierung finden lassen. Weiterhin könnte die gestärkte Position der Patient*innen in dem untersuchten Recovery-orientierten Behandlungskonzept zu einer verbesserten Abstimmung der Erwartungen von Patient*innen mit den Behandler*innenn führen, was sich insbesondere in der Behandlung von Patient*innen mit Migrationshintergrund positiv auswirken könnte. Als Ergänzung für die spezifischen Bedürfnisse der Patient*innen mit Migrationshintergrund wurde die Notwendigkeit des Einbezugs von Sprach- und Kulturmittlern im Weddinger Modell berücksichtigt.

Das Studienziel dieser Arbeit ist der Nachweis einer Verbesserung der stationären Versorgung psychiatrisch erkrankter Patient*innen mit MH durch die Einführung eines Recovery-orientierten Behandlungsansatzes im Vergleich zum treatment as usual Setting. Der Nachweis soll im Vorher- und Nachher-Vergleich sowie im Vergleich zu zwei Kontrollgruppen erbracht werden. Bei den Kontrollgruppen handelt es sich einerseits um eine, die Intervention ebenfalls durchlaufende Patient*innengruppe ohne Migrationshintergrund, und eine, die Intervention nicht durchlaufende externe Kontrollgruppe. Als Endpunkte (vgl. Kapitel 10.3) werden die Zufriedenheit mit der Behandlung, die Qualität der therapeutischen Allianz, die Verbesserung des klinischen Zustands nach CGI sowie der Einbezug der Angehörigen in die Behandlung untersucht.

9 Hypothesen

Die Studienfrage soll mittels der Bestimmung der oben genannten Endpunkte (siehe Kapitel 8) und deren Vergleich in den unterschiedlichen Studiengruppen beantwortet werden. In der vorliegenden Dissertation werden die drei Stichproben (Patient*innen der Interventionsgruppe mit und ohne MH sowie eine externe Kontrollgruppe) auf eine

unterschiedliche Entwicklung hinsichtlich der getesteten Endpunkte untersucht. Es wird davon ausgegangen, dass die Patient*innen der Interventionsgruppe mit Migrationshintergrund in einigen Endpunkten nach Einführung des Weddinger Modells deutlichere Verbesserungen in den Testergebnissen erzielen als die Interventionsgruppe der Patient*innen ohne Migrationshintergrund und die externe Kontrollgruppe.

Die Hypothesen werden im Folgenden als Nullhypothesen formuliert:

Haupthypothese 1 als Nullhypothese 1: Zwischen dem Erhebungszeitpunkt 2011 (T1) – nach Einführung der Recovery-Orientierung in die PUK SHK – und dem Erhebungszeitpunkt 2010 (T0) – vor Einführung der Recovery-Orientierung in die PUK SHK – gibt es, bezogen auf die Gruppe der Patient*innen mit Migrationshintergrund, keinen signifikanten Unterschied in der Entwicklung der Summenscores der Patient*innenversion (WPAZPat) und der Personalversion (WPAZPer) des Fragebogens zur Zufriedenheit mit der Behandlung (WPAZ), im Vergleich zur externen Kontrollgruppe, bzw. im Vergleich zur Interventionsgruppe der PUK SHK ohne MH.

Haupthypothese 2 als Nullhypothese 2: Zwischen dem Erhebungszeitpunkt 2011 (T1) - nach Einführung der Recovery-Orientierung in die PUK SHK - und dem Erhebungszeitpunkt 2010 (T0) – vor Einführung der Recovery-Orientierung in die PUK SHK - gibt es, bezogen auf die Gruppe der Patient*innen mit Migrationshintergrund, keinen signifikanten Unterschied in der Entwicklung der Zielvariablen des WAI (Working Alliance Inventory, Fragebogen zur Qualität der therapeutischen Beziehung, insbesondere der Subskalen: Entwicklung einer affektiven Bindung, Übereinstimmung hinsichtlich der zu bewältigenden Aufgaben, Übereinstimmung hinsichtlich der Ziele der Therapie) im Vergleich zur externen Kontrollgruppe, bzw. im Vergleich zur Interventionsgruppe ohne MH.

Haupthypothese 3 als Nullhypothese 3: Zwischen dem Erhebungszeitpunkt 2011 (T1) - nach Einführung der Recovery-Orientierung in die PUK SHK - und dem Erhebungszeitpunkt 2010 (T0) – vor Einführung der Recovery-Orientierung in die PUK SHK - gibt es, bezogen auf die Gruppe der Patient*innen mit Migrationshintergrund, keinen signifikanten Unterschied in der im CGI gemessenen Veränderung des Gesamtzustands im Vergleich zur externen Kontrollgruppe, bzw. im Vergleich zur Interventionsgruppe ohne MH.

Haupthypothese 4 als Nullhypothese 4: Zwischen dem Erhebungszeitpunkt 2011 (T1) - nach Einführung der Recovery-Orientierung in die PUK SHK - und dem

Erhebungszeitpunkt 2010 (T0) – vor Einführung der Recovery-Orientierung in die PUK SHK - gibt es, bezogen auf die Gruppe der Patient*innen mit Migrationshintergrund, keinen signifikanten Unterschied in der Beteiligung der Angehörigen an der Befragung im Vergleich zur externen Kontrollgruppe, bzw. im Vergleich zur Interventionsgruppe ohne MH.

10 Methodik und Material

10.1 Studiendesign und Befragungsablauf

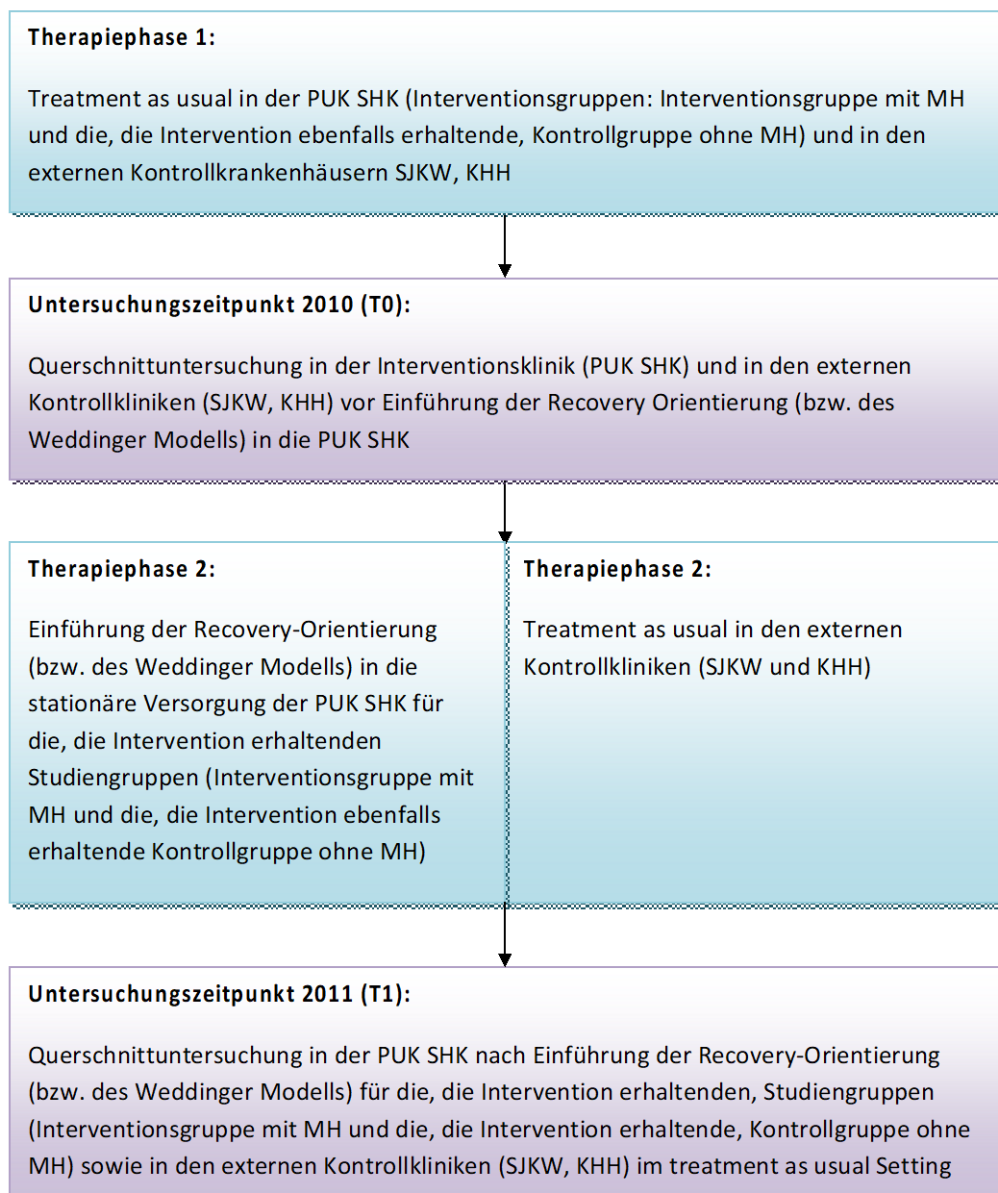


Abbildung 10-1 Studienablauf

Der Studienablauf wird übersichtlich in der Abbildung 10-1 dargestellt. Die Datenerhebung vor Einführung des Weddinger Modells, bzw. der Recovery-Orientierung, im St. Hedwig Krankenhaus (PUK SHK) begann im September 2010 (T0) und endete im PUK SHK im November 2010. Ab November 2010 (T0) wurde dann dieselbe Erhebung in zwei psychiatrischen, die Einführung des Weddinger Modells nicht durchlaufenden, Vergleichskrankenhäusern, dem St. Joseph Krankenhaus in Weißensee (SJKW) sowie dem Krankenhaus Hedwighöhe (KHH), durchgeführt. In den Kontrollkrankenhäusern (SJKW und KHH) endete die Erhebung im Januar 2011. Der ersten Befragung folgte ein einjähriger Umstellungsprozess mit Einführung des Weddinger Modells im Interventionskrankenhaus, dem St. Hedwig Krankenhaus.

Im Anschluss erfolgte, ab September 2011 bis Dezember 2011 (T1), die Datenerfassung mit den Subpopulationen der PUK SHK. Es handelte sich hierbei um die Patient*innen mit und ohne Migrationshintergrund, die nun, nach einer einjährigen Etablierungsphase des Weddinger Modells, in der PUK SHK unter dem neuen Versorgungskonzept stationär-psychiatrisch behandelt worden waren. Die Patient*innen ohne Migrationshintergrund der PUK SHK dienten als, die Intervention (die Einführung des Weddinger Modells) ebenfalls durchlaufende Kontrollgruppe. In demselben Zeitraum erfolgten Befragungen von Patient*innen, die in den nicht von der Umstellung betroffenen o. g. Vergleichskrankenhäusern behandelt worden waren. Diese bildeten die Kontrollgruppe, die keine Intervention erhalten hatte. Der Anteil der Patient*innen, der in den externen Krankenhäusern einen Migrationshintergrund hatte, war für die Bildung einer eigenen, die Intervention nicht durchlaufenden Kontrollgruppe von Patient*innen mit MH, zu klein. Inhaltlich ist ein Ausschluss der Patient*innen mit MH aus der externen Kontrollgruppe nicht sinnvoll, da der Effekt des Weddinger Modells mit dem treatment as usual Setting verglichen werden soll, das sich in der Behandlung von Patient*innen mit und ohne Migrationshintergrund bisher etabliert hat. Zudem hätte der Ausschluss der Patient*innen mit MH aus der externen Kontrolle einen zusätzlichen Bias ergeben. Die, die Intervention nicht durchlaufende, externe Kontrollgruppe bestand somit aus Patient*innen mit und ohne Migrationshintergrund.

10.2 Auswahlkriterien der Studienpopulation

Es handelt sich bei der Gesamtstichprobe um eine nicht randomisierte, nicht verblindete und nicht gematchte Stichprobe. Befragt wurden alle volljährigen Patient*innen, die länger

als 24 Stunden stationär behandelt worden waren. Bei mehrmaliger Aufnahme innerhalb eines Befragungszeitraumes wurden die Patient*innen nur einmalig befragt. Ausschlusskriterien waren neben der fehlenden Einwilligung, ungeplante Entlassungen nachts oder am Wochenende, fehlende Deutschkenntnisse oder schwere kognitive Einschränkungen. Alle an der Erhebung teilnehmenden Patient*innen wurden um ihr Einverständnis bezüglich der Befragung von Angehörigen gebeten. Als Angehörige galten Familienmitglieder und von den Patient*innen als vertraut erlebte Bezugspersonen wie bspw. Freund*innen, Betreuer*innen oder Nachbar*innen. Des Weiteren wurden die behandelnden Therapeut*innen, Ärzt*innen und Bezugspfleger*innen der teilnehmenden Patient*innen mittels Fragebögen befragt. Da den Interviewer*innen ein begrenzter Zeitraum für die Datenerfassung zur Verfügung stand, wurde auf die Kalkulation eines erforderlichen Mindestdatensatzes verzichtet.

Nach Durchführung der Datenerhebung wurde durch den Interviewenden eine Einschätzung in Bezug auf eine mögliche Verfälschung der Daten durch eine falsche Selbstdarstellung oder aufgrund von Verständnisproblemen vorgenommen. Die Einschätzung, dass die Daten verfälscht sein könnten, führte zum Ausschluss des jeweiligen Datensatzes.

10.3 Endpunkte

10.3.1 Auswahl der Endpunkte

Die Zufriedenheit mit der Behandlung beeinflusst den Langzeitverlauf bei von schizophrenen Erkrankungen betroffenen Patient*innen (Chue, 2006), (Kalman, 1983). Die Zufriedenheit mit der Behandlung ist daher eine wichtige Variable, die zur Beurteilung der Qualität einer Behandlung herangezogen werden kann (Geiling, 2015). Einen großen Einfluss auf die Zufriedenheit der Patient*innen mit der Behandlung haben der Einbezug der Patient*innen und ihrer Angehörigen in die Behandlung (Chue, 2006). Für die Erfassung der Zufriedenheit mit der Behandlung war ein Messinstrument durch Mahler et al. (Mahler et al., 2014), das die Partizipation der Patient*innen und der Angehörigen im Behandlungsverlauf erhob, neu entwickelt worden. Die Zufriedenheit mit der Behandlung wurde, wie in Recovery-orientierter Forschung üblich im trialogischen Ansatz untersucht.

Des Weiteren wurde die Qualität der therapeutischen Beziehung, aufgrund ihrer hohen Relevanz für den Behandlungsverlauf, mit hoher prognostischer Bedeutung, als Endpunkt

gewählt (McCabe & Priebe, 2004), (Topor et al., 2006), (Strauß, 2021). Auch in der Recovery-orientierten Literatur wird die hohe Relevanz der Qualität der therapeutischen Beziehung herausgearbeitet (vgl. Amering & Schmolke, 2007: S. 324-333).

Als weiterer Endpunkt wurde die Clinical Global Impression Scale, zur Bewertung des klinischen Gesundheitszustands aus Behandler*innensicht vor und nach der Behandlung herangezogen. Die Beurteilung des Behandlungsergebnisses mittels CGI bietet eine von ausgebildetem psychiatrischem Personal getätigte, weitestgehend objektive Einschätzung des klinischen Gesundheitszustandes de*r Patient*innen. Die Ermittlung des klinischen Outcomes zur Beurteilung der Qualität einer Behandlung ist unumgänglich, da die Wiederherstellung eines, von der Psychopathologie klinisch wenig beeinträchtigten, Gesundheitszustands, Grundvoraussetzung für die Alltagsfähigkeit de*r Patient*innen ist. Insbesondere wurde die CGI gewählt, da durch diese eine Veränderung des klinischen Gesundheitszustands nach einer Behandlung erhoben werden kann (Busner & Targum, 2007). Zudem kann sie zur Erforschung verschiedener psychiatrischer Erkrankungen, wie beispielsweise depressiven Erkrankungen, der Schizophrenie, Angsterkrankungen und Suchterkrankungen, effektiv angewandt werden (Busner & Targum, 2007).

Dem Einbezug von Angehörigen und dem sozialen Unterstützungssystem kommt nicht nur in der Behandlung von allgemeinpsychiatrisch Erkrankten (Pinquart, 2011), sondern insbesondere auch in der Behandlung von, an einer Schizophrenie erkrankten, Patient*innen (Chue, 2006), (Davidson, Borg, et al., 2005), eine große Bedeutung zu. Auch in der Behandlung von Patient*innen mit Migrationshintergrund ist der Einbezug von den sozial unterstützenden Personen in den Behandlungsprozess oft hilfreich und empfohlen (Machleidt, 2002), {Stadt Frankfurt am Main, 2007}, so dass das Ausmaß der Integration der Bezugspersonen in den Behandlungsprozess als weiteres Maß für die Beurteilung der Effekte des Weddinger Modells, bzw. der Recovery-Orientierung, herangezogen wurde.

10.3.2 Operationalisierung der Endpunkte

Die im Rahmen der Studie zum Weddinger Modell verwendeten Fragebögen befinden sich im Anhang, Abschnitt 15.1. Die Operationalisierung der Endpunkte wird in der folgenden Tabelle dargestellt.

Operationalisierung der Endpunkte

Endpunkt	Messinstrument
Zufriedenheit mit der Behandlung	Summenscores der Personalversion und der Patient*innenversion des Ad-hoc-Instrumentes „Weddinger Fragebogen zur Patient*innenzufriedenheit“, Patient*innen- und Personalversion (Mahler et al., 2014)
Qualität der therapeutischen Beziehung	Gesamtsummenscore der deutschen Kurzform (Tracey & Kokotovic, 1989) des Working Alliance Inventory (Horvath & Greenberg, 1989)
Entwicklung einer affektiven Bindung	Subskala des Working Alliance Inventory (Tracey & Kokotovic, 1989)
Übereinstimmung hinsichtlich der zu bewältigenden Aufgaben	Subskala des Working Alliance Inventory (Tracey & Kokotovic, 1989)
Übereinstimmung hinsichtlich der Ziele der Therapie	Subskala des Working Alliance Inventory (Tracey & Kokotovic, 1989)
Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung während des stationären Aufenthaltes	Clinical Global Impression Scale (Improvement Scale) (Guy, 1976), deutsche Version vom Collegium Internationale Psychiatriae Scalarum (1996)
Beteiligung Angehöriger an der Befragung	Häufigkeit des Befragungserfolgs bei Angehörigen oder einer Bezugsperson, Vergleich vor und nach Einführung des Weddinger Modells, bzw. der Recovery-Orientierung

Tabelle 2 Operationalisierung der Endpunkte

10.4 Messinstrumente

10.4.1 Basisdatenerhebung

In einem ersten Teil der Erhebung wurden durch fünf verschiedene Doktorand*innen, z. T. mit Fremdsprachenkenntnissen, halbstrukturierte Interviews zur Erhebung verschiedener Basisangaben geführt. Die gestellten Fragen finden sich im Anhang, Absatz 15.1. Erfragt wurden folgende Themenkomplexe:

Demographische, biographische und psychosoziale Angaben: Beruf der Eltern, bedeutsame Beschäftigungen in der Kindheit, Familienstand, Wohnsituation, Einkünfte, Schulabschluss, Berufsausbildung, Zahl der Ausbildungsjahre, aktuelle oder letzte gewöhnliche Tätigkeit, außerberufliche Beschäftigungen/Hobbys, soziale Unterstützung

Aufnahmegrund und Vorstellungsart (eigenmotiviert/Einweisung/Polizei etc.), Rechtsgrundlage der Behandlung (freiwillig/PsychKG/BGB)

Angaben zur Erkrankung und Medikation: Erstmanifestation der Erkrankung, Vorbehandlungen, Medikation mit Neuroleptika, Antidepressiva und Stimmungsstabilisierern, Lifetime Suizidalität, selbstverübte Gewalt, Haft oder forensische Behandlung, Konsum von Suchtstoffen, Anzahl der Änderungen der Hauptdiagnose

Angaben zur Behandlung in den letzten zwölf Monaten vor dem aktuellen Aufenthalt: Dauer von stationären Behandlungen, ambulante Behandlungsfrequenz, ambulante komplementäre Versorgung

Bedeutsame positive oder negative Lebensereignisse in den letzten zwölf Monaten

Migrationserfahrungen: Wann? Woher? Wohin? Migrationsgrund, eigene Nationalität, Nationalität der Eltern, befristeter/unbefristeter Aufenthaltsstatus

10.4.2 Ärztliche Einschätzung des Erkrankungsschweregrads und des Behandlungserfolgs

Der Erkrankungsschweregrad wurde mittels GAF (Global Assessment of Functioning) (Aas, 2011) und CGI (Clinical Global Impression Scale) ((Busner & Targum, 2007) bestimmt. Die Fragebögen werden im Anhang, Abschnitt 15.1.4 und 15.1.5 aufgeführt.

Der GAF ist eine psychometrische Skala zur Erfassung des allgemeinen Funktionsniveaus eine*r Patient*in, der bzgl. seiner psychischen, sozialen und beruflichen Funktionsbereiche auf einer Skala von 0 bis 100 beurteilt wird (Wendel & Kornhuber, 2012). Ein niedriger GAF entspricht einem hohen Krankheitsschweregrad.

Der CGI hat seine Validität für verschiedene Diagnosegruppen bewiesen (Busner & Targum, 2007). Die CGI-Severity-Skala, kurz CGI-S, erfasst die allgemeine Schwere der Erkrankung zu einem bestimmten Zeitpunkt. Der CGI-S verwendet eine achtstufige ordinalskalierte Bewertungsskala (Wendel & Kornhuber, 2012). Ein hoher Score korreliert mit einem schwereren Erkrankungsschweregrad.

Des Weiteren wurde zur ärztlichen Einschätzung des Behandlungserfolgs zum Entlasszeitpunkt die CGI-Improvement-Skala, kurz CGI-I (Clinical Global Impression Scale) (Busner & Targum, 2007) verwendet. Diese misst die Veränderung des klinischen Zustands eine*r Patient*in gegenüber dem Ausgangswert. Die CGI-I verwendet ebenfalls eine achtstufige ordinalskalierte Bewertungsskala. Ein niedriger Score korreliert mit einer stärkeren Besserung des Erkrankungsschweregrads.

10.4.3 Messung der Zufriedenheit mit der Behandlung

Die Zufriedenheit mit der Behandlung wurde mittels des für diese Studie entwickelten WPAZ (Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Behandlung) gemessen. Es handelt sich hierbei um einen 25-Item starken Fragebogen, der neben der Zufriedenheit mit der Behandlung und der Behandlungswirksamkeit, auch die Stationsatmosphäre, das Gefühl der ganzheitlichen Akzeptanz de*r Patient*innen, die Partizipationsmöglichkeiten de*r Patient*innen sowie den Einbezug der Alltagssituation und der Angehörigen in die Behandlung erhob. Einige Items korrespondierten inhaltlich mit Items in bereits existierenden Fragebögen (Schmidt et al., 1989). Er enthielt als Antwortmöglichkeit eine 6-Punkt-Likert-Skala, nebst einer Kategorie „Frage unzutreffend“. Der Summenscore wurde, unter der Berücksichtigung der als unzutreffend gekennzeichneten und fehlenden Items, als prozentualer Wert eines Zielvariablenmaximums angegeben. Ein hoher Summenscore zeigte dabei eine hohe Patient*innenzufriedenheit an. Durch explorative Faktorenanalyse waren im Vorfeld fünf Faktoren extrahiert worden (Mahler et al., 2014). Die teststatistischen Kennwerte des WPAZ haben sich als „zufriedenstellend“ erwiesen (Mahler et al., 2014: S. 232). Die extrahierten Subskalen wurden allerdings aufgrund ihrer bisher fehlenden Validierung in der weiteren Auswertung nicht verwendet.

Im Sinne des dialogischen Ansatzes wurde, ergänzend zur Befragung der Patient*innen mit einer Patient*innenversion des Fragebogens (WPAZPat), eine Person des Personals (in der ersten Erhebungsrunde eine Pflegekraft, die mit de*r Patient*in in Kontakt stand, in der zweiten in der Regel die Bezugspflegekraft) um ihre subjektive Einschätzung mittels eines dem WPAZPat komplementären Patient*innenzufriedenheitsfragebogen (WPAZPer) befragt. Weiterhin wurden, bei vorliegendem Einverständnis de*r Patient*in, zusätzlich Angehörige mittels eines komplementären Angehörigenfragebogens (WPAZA) um ihre Einschätzung gebeten.

10.4.4 Fragebogen zur Qualität der therapeutischen Beziehung

Die Qualität der therapeutischen Beziehung wurde mithilfe der deutschen Kurzform des auf (Horvath & Greenberg, 1989) zurückgehenden Working Alliance Inventory (WAI-S) (Tracey & Kokotovic, 1989) ermittelt. Es handelt sich hierbei um einen 12-Item starken Fragebogen, der drei, nach (Bordin, 1979) beschriebene Dimensionen der therapeutischen Allianz erhebt. Ausgewertet wurden die drei Dimensionen Entwicklung einer affektiven Bindung

(WAI_Bi), Übereinstimmung hinsichtlich der zu bewältigenden Aufgaben (WAI_Pr) und Übereinstimmung hinsichtlich der Ziele der Therapie (WAI_Zi) sowie der Gesamtsummenscore. Der Fragebogen enthält als Antwortmöglichkeit eine 7-Punkte-Likert-Skala, aus der jeweils ein Gesamtsummenscore sowie je ein Summenscore für die Subskalen berechnet wurden. Ein hoher Summenscore zeigt eine hohe Allianz an. Es wurden sowohl die Patient*innenversion, als auch die korrespondierende Therapeut*innenversion verwendet, die in der Regel durch die behandelnde*n Psychotherapeut*in ausgefüllt wurde.

10.5 Statistische Methoden

Zur Auswertung der Daten wurde das Statistikprogramm IBM SPSS Statistics 19 für Windows verwendet. Da es sich um eine quasi-kontrollierte Studie mit metrischen und nichtmetrischen Zielvariablen im Vorher-Nachher-Vergleich handelt, wurden zur Analyse parametrische und nicht-parametrische Testverfahren genutzt. Das Signifikanzniveau wurde auf 5% festgelegt ($p < 0,05$).

Aus den Items des WPAZ (Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Behandlung) wurden, sowohl für die Patient*innenversion als auch die Personalversion des Fragebogens, ein prozentualer Gesamtsummenscore gebildet. Bei den, den Scores zugrundeliegenden, Items handelt es sich um ordinalskalierte Likert-Skalen. Die Auswertung ordinalskalierter Daten erfolgt in der Regel mittels nicht-parametrischer Testverfahren (Jamieson, 2004). In der Literatur wurde jedoch die Anwendbarkeit parametrischer Testverfahren in der Auswertung von ordinalskalierten Likert-Skalen, aufgrund der hohen statistischen Power und der Robustheit der parametrischen Tests, bestätigt (Norman, 2010), (Sullivan & Artino, 2013). Allerdings sind die errechneten Mittelwerte in der Auswertung von ordinalskalierten Likert-Skalen von begrenzter Aussagekraft (Sullivan & Artino, 2013). Die parametrischen Testverfahren haben, aufgrund ihrer erhöhten Power und der Möglichkeit Interaktionen sowie den Einfluss von Kovariaten zu testen, gegenüber den nicht-parametrischen Testverfahren, Vorteile. Aufgrund des ordinalen Skalenniveaus und aufgrund vereinzelter Verletzungen der Voraussetzungen für die Anwendung parametrischer Testverfahren erfolgte in dieser Dissertation eine Auswertung der Daten des WPAZ zunächst mittels eines nicht-parametrischen Testverfahrens und im Anschluss, mittels parametrischer Testverfahren. In den Auswertungen des WPAZ wurden der Mann-Whitney-U-Test sowie eine ANOVA/ ANCOVA berechnet.

Zur Auswertung der Daten des WAI (Working Alliance Inventory) wurden Summenscores für den Gesamtscore und die Subskalen des WAI berechnet. Im weiteren Verlauf erfolgte, aus denselben Gründen, wie für den WPAZ beschrieben, die Auswertung des Fragebogens mittels Mann-Whitney-U-Test, ANOVA/ANCOVA (Gesamtsummenscore des WAI) sowie mittels MANOVA/MANCOVA (Subskalen des WAI).

Die CGI-Improvement-Scale (Clinical Global Impression Scale) wurde aufgrund ihrer ordinalen Skalierung mittels Mann-Whitney-U-Test ausgewertet. In der Analyse wurden die Kategorien „nicht beurteilbar“ und „nicht psychiatrisch erkrankt“, als fehlend gewertet und in der Auswertung nicht berücksichtigt. Im Anschluss erfolgte eine deskriptive Analyse der Daten der CGI-Improvement-Scale.

Aufgrund der geringen Beteiligung von Angehörigen an der Untersuchung wurden die Angehörigendaten einer rein deskriptiven Analyse unterzogen. Eine Zunahme des Befragungserfolgs von Angehörigen wurde als unsicherer Marker eines verbesserten Einbezugs von Angehörigen gewertet.

11 Ergebnisse

11.1 Beschreibung der Studienpopulation

Bei einer Gesamtheit von insgesamt N=757, im Interventionskrankenhaus (der PUK SHK) und im Befragungszeitraum, behandelten Patient*innen liegt die Befragungserfolgsquote im Interventionskrankenhaus (PUK SHK) mit N=207 bei insgesamt 26-29%. In den Kontrollkrankenhäusern (SJKW und KHH gemeinsam) wurden, von 385 gescreenten Patient*innen, 162 erfolgreich befragt. Die Befragungserfolgsquote in den Kontrollkrankenhäusern lag damit bei 42%. Insgesamt wurden in den Kontrollkrankenhäusern und im Interventionskrankenhaus zusammen 376 Patient*innen erfolgreich befragt.

Aus dem Gesamtdatensatz von 376 Patient*innen wurden acht Datensätze aufgrund von unplausiblen Werten, sieben Datensätze aufgrund von Verfälschung durch eine falsche Selbstdarstellung und zehn Datensätze aufgrund eines fehlenden (Sprach-) Verständnisses der Patient*innen, ausgeschlossen. Bei ca. 17 Patient*innen fehlte eine Einschätzung durch die Interviewer*in bezüglich einer möglichen Verfälschung der Daten. Auch letztere wurden in der Analyse nicht berücksichtigt.

Größe der Studienpopulationen zum ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt

	Erste Erhebung (T0)		Zweite Erhebung (T1)		Gesamt	
	N	N in %	N	N in %	N	N in %
Stichprobe						
Interventionsgruppe ohne MH (PUK SHK)	49	31,4%	69	37,7%	118	34,8%
Interventionsgruppe mit MH (PUK SHK)	29	18,6%	30	16,4%	59	17,4%
Externe Kontrollgruppe	78	50%	84	45,9%	162	47,8%
Gesamt	156	100%	183	100%	339	100%

Tabelle 3 Größe der Studienpopulationen zum ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt

11.2 Demographie

11.2.1 Demographische Unterschiede zwischen den Interventionsgruppen und der Kontrollgruppe

11.2.1.1 Geschlecht und Alter

Für die Analyse der demographischen Daten wurden sechs Studiengruppen, bestehend aus den Interventionsgruppen mit und ohne MH, zum jeweils ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt, sowie der externen Kontrollgruppe, zum jeweils ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt, gebildet. Die sechs Studiengruppen wiesen im Fisher-Freeman-Halton-Test keinen signifikanten Unterschied in Bezug auf die Variable Geschlecht auf.

Es zeigte sich weiterhin in der ANOVA² kein signifikanter Unterschied für die Variable Alter zwischen den sechs Studiengruppen (Interventionsgruppen mit und ohne MH, zum jeweils ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt, sowie der externen Kontrollgruppe, zum jeweils ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt). Das Durchschnittsalter der Patient*innen mit MH in der PUK SHK betrug 40 ± 15 Jahre zu beiden Erhebungszeitpunkten. In der Interventionsgruppe ohne MH betrug das Durchschnittsalter zum ersten Erhebungszeitpunkt 43 ± 15 Jahre und zum zweiten Erhebungszeitpunkt 45 ± 17 Jahre. In den externen Kontrollkrankenhäusern lag das Durchschnittsalter bei 42 ± 13 Jahre, zum ersten Erhebungszeitpunkt, und 40 ± 13 Jahre zum zweiten Erhebungszeitpunkt.

² Die Variable Alter zeigte in der graphischen Testung auf Normalverteilung in den sechs Studiengruppen (Interventionsgruppe mit und ohne MH zum je ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt sowie der externen Kontrollgruppe) eine Normalverteilung mit leichten Abweichungen in den Extrembereichen. Der Kolmogorov-Smirnov-Test deutete auch auf eine Normalverteilung der Variable Alter in den sechs Studiengruppen hin (Kolmogorov-Smirnov-Test: $p > 0,05$). Die Voraussetzung der Varianzhomogenität zeigte sich für die Variable Alter erfüllt (Levene-Test, $p = 0,25$).

11.2.1.2 Status der Eltern, Familienstand, Wohnsituation, Einkünfte

Für die Analyse der demographischen Daten wurden sechs Studiengruppen, bestehend aus den Interventionsgruppen mit und ohne MH, zum jeweils ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt, sowie der externen Kontrollgruppe, zum jeweils ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt, gebildet. Signifikante Unterschiede zwischen den genannten Gruppen fanden sich im Fisher-Freeman-Halton-Test, unter Anwendung der Monte-Carlo-Methode, für die Wohnsituation (Fisher-Freeman-Halton-Test, **p=0,001**) und für die Einkünfte (Fisher-Freeman-Halton-Test, **p=0,015**). Bezogen auf den beruflichen Status der Eltern und den Familienstand fanden sich in den sechs Studiengruppen keine signifikanten Unterschiede im Fisher-Freeman-Halton-Test (weitere Erläuterungen siehe folgend).

Anhand der beruflichen Tätigkeit der Eltern wurde eine Variable „beruflicher Status der Eltern“ gebildet. Im soziologischen Sinne zu kurz gefasst, wurden, orientiert an den Ausarbeitungen von Pierre Bourdieu (vgl. (Schilcher, 2001), (Kieserling, 2008)), für den Vergleich des beruflichen Status der Eltern, zwei Statuskategorien (bürgerlich, proletarisch) formuliert. Einem bürgerlichen Status der Eltern wurden die Fälle zugeordnet, deren Eltern eine Berufstätigkeit als Beamt*innen, Künstler*innen, Lehrer*innen, resp. Arbeitskräfte mit einem Studienabschluss ausgeübt hatten. Einem proletarischen Status der Eltern wurden diejenigen Fälle zugeordnet, deren Eltern einen Ausbildungsberuf ausgeübt hatten (wie bspw. Schlosser*in, Gärtner*in, Bauarbeiter*in) oder deren Eltern ungelernt oder unbekannt waren. Im Vergleich der Interventionsgruppen mit und ohne MH und der externen Kontrollgruppe zeigten sich zu beiden Erhebungszeitpunkten im Fisher-Freeman-Halton-Test keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des beruflichen Status der Eltern. Auch innerhalb der 3 Studiengruppen (Interventionsgruppen mit und ohne MH sowie externe Kontrollgruppe) bestand kein signifikanter Unterschied bezogen auf den beruflichen Status der Eltern zwischen dem ersten und zweiten Befragungszeitpunkt. Wurden allerdings die beiden Interventionsgruppen zusammengefasst mit der externen Kontrollgruppe verglichen zeigte sich, dass zu beiden Zeitpunkten der Anteil von Patient*innen aus sozial niedrigeren gesellschaftlichen Schichten, gemessen an der beruflichen Stellung der Eltern, in der PUK SHK etwas höher war. Zum ersten Erhebungszeitpunkt war dieser Unterschied signifikant (Fisher-Freeman-Halton-Test, **p=0,026**; p-Wert nach Bonferroni-Korrektur: p=0,017).

Hinsichtlich des Familienstands zeigte sich zu beiden Erhebungszeitpunkten im Fisher-Freeman-Halton-Test, unter Anwendung der Monte-Carlo-Methode, kein signifikanter

Unterschied zwischen den Patient*innen mit MH der PUK SHK zur externen Kontrollgruppe ($p=0,09$) und zu den Patient*innen ohne MH der PUK SHK ($p=0,908$). Ebenfalls kein signifikanter Unterschied fand sich im selben Test auch für die Gruppe der Patient*innen ohne MH der PUK SHK im Vergleich zur externen Kontrollgruppe ($p=0,245$). In allen drei Studienpopulationen war der Anteil der ledigen Patient*innen zu beiden Erhebungszeitpunkten am größten. Die Patient*innen mit MH der PUK SHK waren, zum ersten Erhebungszeitpunkt, im Vergleich zur externen Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe ohne MH der PUK SHK, zu einem größeren Prozentsatz verheiratet oder in Beziehung lebend (vgl. Tabelle 4). Dies war zum zweiten Erhebungszeitpunkt nicht mehr der Fall (ebd.).

Bezogen auf die Wohnsituation fand sich im Fisher-Freeman-Halton-Test, unter Anwendung der Monte-Carlo-Methode ($p=0,001$), ein signifikanter Unterschied zwischen den sechs Studiengruppen (Interventionsgruppen mit und ohne MH zum jeweils ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt und der externen Kontrollgruppe zum jeweils ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt). Der signifikante Unterschied war auf signifikante Unterschiede zwischen allen drei Studiengruppen (Interventionsgruppen mit und ohne MH sowie externe Kontrollgruppe) rückführbar. Aus Gründen der Übersichtlichkeit und aufgrund der fehlenden Relevanz wird auf eine ausführliche Analyse dieses signifikanten Unterschiedes verzichtet. Die deskriptive Analyse der Daten zeigte, dass es sich bei der häufigsten Wohnform in allen Studiengruppen, zu beiden Erhebungszeitpunkten, um das Wohnen allein (40-61%) handelte (vgl. Tabelle 4). Die Patient*innen ohne MH der Interventionsgruppe und der externen Kontrollgruppe lebten, im Vergleich zur Interventionsgruppe mit MH, prozentual häufiger mit de*r Lebenspartner*in allein (ebd.). Die Patient*innen mit MH lebten, sofern sie nicht allein lebten, prozentual häufiger mit de*r Lebenspartner*in und den Kindern, in einer WG oder mit den Eltern gemeinsam (ebd.). Mit Lebenspartner*in und Kindern gemeinsam lebten nur insgesamt zwischen 2-10% der befragten Studienteilnehmer*innen (ebd.).

Die Einkünfte betreffend fand sich im Fisher-Freeman-Halton-Test, unter Anwendung der Monte-Carlo-Methode, innerhalb der Interventionsgruppen der PUK SHK und innerhalb der externen Kontrollgruppe, kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten. Zudem zeigte sich zu beiden Erhebungszeitpunkten kein signifikanter Unterschied im Fisher-Freeman-Halton-Test, unter Anwendung der Monte-Carlo-Methode, zwischen der Interventionsgruppe mit MH der PUK SHK zur externen

Kontrollgruppe ($p= 0,169$) und zur Gruppe der Patient*innen ohne MH der PUK SHK ($p= 0,119$). Der Unterschied, bezogen auf die Einkünfte, war im Vergleich der Interventionsgruppe ohne MH, erste und zweite Erhebung, und der externen Kontrollgruppe, erste und zweite Erhebung, im Fisher-Freeman-Halton-Test signifikant (Fisher-Freeman-Halton unter Anwendung der Monte-Carlo-Methode: $p=0,005$; p -Wert nach Bonferroni-Korrektur: $p=0,025$). In der deskriptiven Analyse der Daten zu den Einkünften (vgl. Tabelle 4) fällt auf, dass sich die Patient*innen der externen Kontrollkrankenhäuser prozentual häufiger über den eigenen Lohn finanzierten und, dass der Anteil, der HARTZ IV bezog, in der Interventionsgruppe ohne MH der PUK SHK etwas höher war, im Vergleich zur externen Kontrollgruppe. Letzteres war auch für die Interventionsgruppe mit MH der PUK SHK der Fall (Tabelle 4). Weiterhin bezogen die Patient*innen mit MH der PUK SHK, im Vergleich zu der externen Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe ohne MH, häufiger Unterhalt durch die Familie (ebd.).

Übersicht demographische Daten – Interventionsgruppen mit und ohne MH, externe Kontrollgruppe im Vergleich

		Erste Erhebung, Kontrollkrankenhäuser		Zweite Erhebung, Kontrollkrankenhäuser		Erste Erhebung, kein MH		Zweite Erhebung, kein MH		Erste Erhebung, MH		Zweite Erhebung, MH	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Geschlecht	Mann	36	46,2%	49	58,3%	3 1	63,3%	3 2	46,4%	1 4	48,3%	2 0	66,7%
	Frau	42	53,8%	35	41,7%	1 8	36,7%	3 7	53,6%	1 5	51,7%	1 0	33,3%
Familienstand	verheiratet / Lebenspartnerschaft	7	9,0%	10	11,9%	7	14,3%	7	10,1%	6	20,7%	4	13,3%
	in Beziehung lebend	6	7,7%	15	17,9%	4	8,2%	4	5,8%	3	10,3%	1	3,3%
	Verwitwet	1	1,3%	3	3,6%	3	6,1%	4	5,8%	2	6,9%	2	6,7%
	getrennt lebend	9	11,5%	4	4,8%	3	6,1%	3	4,3%	1	3,4%	0	0,0%
	Geschieden	10	12,8%	8	9,5%	8	16,3%	1	15,9%	6	20,7%	5	16,7%
	Ledig	45	57,7%	44	52,4%	2 4	49,0%	4 0	58,0%	1 1	37,9%	1 8	60,0%
Wohnsituation	mit Lebensgefährtin und Kindern	3	3,8%	7	8,3%	1	2,0%	3	4,3%	2	6,9%	3	10,0%
	mit Lebensgefährtin allein	9	11,5%	10	11,9%	7	14,3%	7	10,1%	2	6,9%	0	0,0%
	mit Kindern allein	9	11,5%	3	3,6%	0	0,0%	3	4,3%	0	,0%	0	0,0%
	mit Eltern	5	6,4%	4	4,8%	0	0,0%	1	1,4%	3	10,3%	5	16,7%

										%		%	
	Alleine	36	46,2%	39	46,4%	3 0	61,2 %	4 1	59,4 %	1 6	55,2 %	1 2	40,0 %
	WG	0	0,0%	5	6,0%	1	2,0%	5	7,2%	2	6,9%	5	16,7 %
	BEW	12	15,4%	4	4,8%	6	12,2 %	6	8,7%	2	6,9%	2	6,7%
	TWG / ÜWH / Heim	3	3,8%	8	9,5%	3	6,1%	0	,0%	0	,0%	3	10,0 %
	keinen festen Wohnsitz	1	1,3%	4	4,8%	1	2,0%	3	4,3%	2	6,9%	0	0,0%
Einkünfte	keine Einkünfte	1	1,3%	1	1,2%	0	0,0%	2	2,9%	0	,0%	0	0,0%
	Lohn	9	11,5%	17	20,7%	7	14,9 %	1 0	14,7 %	1	3,4%	1	3,4%
	Hartz IV	24	30,8%	20	24,4%	1 9	40,4 %	2 5	36,8 %	1 1	37,9 %	1 3	44,8 %
	ALGI	0	0,0%	6	7,3%	0	0,0%	2	2,9%	1	3,4%	0	0,0%
	Krankengeld	5	6,4%	2	2,4%	3	6,4%	1	1,5%	1	3,4%	3	10,3 %
	Unterhalt d. Fami- lie	3	3,8%	5	6,1%	0	0,0%	4	5,9%	3	10,3 %	2	6,9%
	EU-/AU-Rente	15	19,2%	12	14,6%	9	19,1 %	1 4	20,6 %	4	13,8 %	5	17,2 %
	Altersrente	3	3,8%	2	2,4%	2	4,3%	6	8,8%	1	3,4%	1	3,4%
	Rente und Zuver- dienst	7	9,0%	1	1,2%	1	2,1%	2	2,9%	1	3,4%	0	0,0%
	Sonstiges	5	6,4%	12	14,6%	0	0,0%	0	0,0%	4	13,8 %	2	6,9%
	Grundsicherung	4	5,1%	3	3,7%	3	6,4%	2	2,9%	2	6,9%	2	6,9%
	Sozialhilfe	2	2,6%	1	1,2%	3	6,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Tabelle 4 Übersicht demographische Daten (Geschlecht, Familienstand, Wohnform, Einkünfte, beruflicher Status der Eltern), die Interventionsgruppen mit und ohne MH und die externe Kontrollgruppe im Vergleich

11.2.1.3 Bildungsabschluss und Berufsausbildung

Für die Variable „Höchster erzielter Abschluss“ bestand, unter Berücksichtigung des Erhebungszeitpunktes, im Fisher-Freeman-Halton-Test, kein signifikanter Unterschied zwischen den Interventionsgruppen mit und ohne MH und der externen Kontrollgruppe ($p=0,096$). Innerhalb der drei Studiengruppen zeigte sich somit kein signifikanter Unterschied zwischen dem ersten und dem zweiten Erhebungszeitpunkt. Allerdings zeigte sich bei dem Vergleich zwischen den vier Studiengruppen der Interventionsgruppe der Patient*innen mit MH, erste und zweite Erhebung und der externen Kontrollgruppe, erste

und zweite Erhebungszeitpunkt (Fisher-Freeman-Halton-Test unter Anwendung der Monte-Carlo-Methode, **p=0,003**; p-Wert nach Bonferroni-Korrektur: $p < 0,025$) ein signifikanter Unterschied. Dieser Unterschied war zum ersten Erhebungszeitpunkt signifikant (Fisher-Freeman-Halton-Test unter Anwendung der Monte-Carlo-Methode, **p=0,024**; p-Wert nach Bonferroni-Korrektur: $p < 0,017$). In der deskriptiven Analyse fiel auf, dass die Patient*innen mit MH der PUK SHK zum ersten Erhebungszeitpunkt im Vergleich zur externen Kontrollgruppe prozentual deutlich seltener die mittlere Reife, aber deutlich häufiger ein Abitur oder keinen Schulabschluss erworben hatten (vgl. Tabelle 5). Zum zweiten Erhebungszeitpunkt gab es keinen Unterschied zwischen der Interventionsgruppe mit MH und der externen Kontrollgruppe bezüglich der Variable „Höchster erzielter Abschluss“.

Hinsichtlich der Variable „Berufsausbildung vorhanden“ bestand bei Vergleich der sechs Studienpopulationen (Interventionsgruppen der PUK SHK mit und ohne MH sowie der externen Kontrollgruppe, zum jeweils ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt) mittels Fisher-Freeman-Halton-Test, ein signifikanter Unterschied (Fisher-Freeman-Halton-Test unter Anwendung der Monte-Carlo-Methode: **p=0,049**). Innerhalb der drei Studiengruppen (Interventionsgruppe der PUK SHK mit und ohne MH sowie der externen Kontrollgruppe) bestand jeweils kein signifikanter Unterschied in Bezug auf das Vorhandensein einer Berufsausbildung zwischen dem ersten und dem zweiten Erhebungszeitpunkt. Der oben genannte signifikante Unterschied, in Bezug auf die Variable „Berufsausbildung vorhanden“, war einerseits rückführbar auf einen signifikanten Unterschied (unter Anwendung der Monte-Carlo-Methode) zwischen der Interventionsgruppe der Patient*innen mit MH und der externen Kontrollgruppe (Fisher-Freeman-Halton-Test: **p=0,001**; p-Wert nach Bonferroni-Korrektur: $p = 0,025$). Bei den Patient*innen mit MH der Interventionsgruppe des PUK SHK lag dabei zu beiden Erhebungszeitpunkten prozentual seltener eine abgeschlossene Berufsausbildung vor (45% vs. 77% zum ersten Erhebungszeitpunkt, sowie 59% vs. 68% zum zweiten Erhebungszeitpunkt, vgl. Tabelle 5). Andererseits bestand auch ein signifikanter Unterschied hinsichtlich dieser Variable, unter Anwendung der Monte-Carlo-Methode, zwischen den Interventionsgruppen mit und ohne MH der PUK SHK (Fisher-Freeman-Halton, **p=0,002**; p-Wert nach Bonferroni-Korrektur: $p = 0,025$). Die Patient*innen mit MH der PUK SHK hatten auch im Vergleich zur Interventionsgruppe ohne MH der PUK SHK prozentual seltener eine abgeschlossene Berufsausbildung (45% vs. 67% zum ersten Erhebungszeitpunkt, sowie 59%, vs. 71% zum zweiten Erhebungszeitpunkt, vgl. ebd.). Zum ersten Erhebungszeitpunkt zeigte sich ein signifikanter Unterschied bezüglich der Variable „Berufsausbildung vorhanden“ zwischen

der Interventionsgruppe mit MH und der externen Kontrollgruppe im exakten Test nach Fisher, $p < 0,001$ (p-Wert nach Bonferroni-Korrektur: $p = 0,017$) sowie zur Interventionsgruppe der Patient*innen ohne MH der PUK SHK (exakter Test nach Fisher: $p = 0,008$; p-Wert nach Bonferroni-Korrektur: $p = 0,017$). Zum zweiten Erhebungszeitpunkt war der Unterschied zwischen den Patient*innen mit MH der PUK SHK bezogen auf die Zielvariable „Berufsausbildung vorhanden“ im Vergleich zu den beiden Vergleichsgruppen nicht mehr signifikant im exakten Test nach Fisher. Die Interventionsgruppe ohne MH der PUK SHK und die externe Kontrollgruppe unterschieden sich, zu beiden Erhebungszeitpunkten, im Fisher-Freeman-Halton-Test nicht signifikant.

Abschluss und abgeschlossene Berufsausbildung: Interventionsgruppe mit und ohne MH und externe Kontrollgruppe im Vergleich

		Erste Erhebung, Kontrollkrankenhäuser		Zweite Erhebung, Kontrollkrankenhäuser		Erste Erhebung, kein MH		Zweite Erhebung, kein MH		Erste Erhebung, MH		Zweite Erhebung, MH	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Höchster erzielter Abschluss	Hauptschulabschluss	18	23,1%	13	15,5%	1 1	22,9 %	1 4	20,3 %	6	20,7 %	6	20,0 %
	Mittlere Reife	28	35,9%	38	45,2%	1 7	35,4 %	2 7	39,1 %	4	13,8 %	9	30,0 %
	Abitur	11	14,1%	15	17,9%	6	12,5 %	9	13,0 %	1 1	37,9 %	4	13,3 %
	Berufsfachschule, Akademie, Fachakademie	9	11,5%	2	2,4%	3	6,3%	2	2,9%	2	6,9%	0	0,0%
	Hochschulabschluss	7	9,0%	10	11,9%	6	12,5 %	9	13,0 %	2	6,9%	3	10,0 %
	Keiner	5	6,4%	6	7,1%	5	10,4 %	8	11,6 %	4	13,8 %	8	26,7 %
	Gesamt	78	100,0%	84	100,0%	4 8	100,0 %	6 9	100,0 %	2 9	100,0 %	3 0	100,0 %
Berufsausbildung vorhanden?	Nein	18	23,1%	27	32,1%	1 6	32,7 %	2 0	29,0 %	1 6	55,2 %	1 2	41,4 %
	Ja	60	76,9%	57	67,9%	3 3	67,3 %	4 9	71,0 %	1 3	44,8 %	1 7	58,6 %
	Gesamt	78	100,0%	84	100,0%	4 9	100,0 %	6 9	100,0 %	2 9	100,0 %	2 9	100,0 %

Tabelle 5 Abschluss und abgeschlossene Berufsausbildung: Interventionsgruppe mit und ohne MH und externe Kontrollgruppe im Vergleich

11.2.2 Migrationsbezogene demographische Angaben der Patient*innen mit Migrationshintergrund

11.2.2.1 Definition des zugrundeliegenden Migrationsbegriffs

Die Gruppierung der Patient*innen nach Patient*innen mit und ohne MH erfolgte nach inhaltlichen Überlegungen sowie orientierend nach der Definition des durch den im Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes 2012 verwendeten Migrationsbegriffs. Nach Einschätzung desselben werden Patient*innen mit MH wie folgt definiert: Es handelt sich bei Menschen mit Migrationshintergrund um „alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil. Dementsprechend sind Personen ohne Migrationshintergrund alle diejenigen, auf die keines dieser Merkmale zutrifft.“(Statistisches Bundesamt, 2012).

Wie im Mikrozensus wird auch in dieser Arbeit nach „Zuwanderern – Personen mit eigener Migrationserfahrung (1. Generation) und in Deutschland Geborenen – Personen ohne eigene Migrationserfahrung (2. und 3. Generation) unterschieden.“ (Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2014, 2015).

In der vorliegenden Studie fiel, anhand der oben genannten Definition, die adäquate Zuordnung von insgesamt sieben Studienteilnehmer*innen in die Gruppe der Patient*innen mit, bzw. ohne Migrationshintergrund, schwer. Daher wird im Folgenden die Argumentation für die getroffene Gruppenzuordnung aufgeschlüsselt. Die Entscheidung der jeweiligen Gruppenzugehörigkeit wurde auf der Grundlage der Erläuterungen zur Definition des Migrationsstatus im Mikrozensus 2014 (Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2014, 2015) sowie auf einer, in einer Publikation verwendeten Definition für (Spät-)Aussiedler*innen, vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Worbs et al., 2013) getroffen:

Die Daten zweier deutschstämmiger, 1945 und 1988 nach Deutschland migrierter, Aussiedlerinnen wurden aufgrund ihrer kulturellen Herkunft der Gruppe der Patient*innen mit Migrationshintergrund zugeordnet. Zwei Patientinnen deren Mütter als deutschstämmige Aussiedlerinnen aus dem heutigen Polen (Glogów und Gdańsk) zugewandert waren, wurden der Gruppe der Patient*innen mit Migrationshintergrund

zugewiesen. Die Daten eines Angehörigen der dänischen Minderheit wurden aufgrund seiner kulturellen Herkunft ebenfalls der Gruppe der Patient*innen mit Migrationshintergrund zugeordnet.

Nach Einteilung des Mikrozensus 2014 gelten die im Ausland Geborenen und nach Deutschland zurückgekehrten Kinder von deutschen Eltern ohne MH als Menschen ohne MH. Auf dieser Grundlage wurde eine Patientin mit australisch-deutscher Nationalität, deren Eltern zur Zeit ihrer Geburt in Australien lebten, trotz der australischen Nationalität und aufgrund ihrer eigenen Aussage, sich in Australien immer „fremd“ gefühlt zu haben, der Gruppe der Patient*innen ohne Migrationshintergrund zugeordnet.

Für die korrekte Kategorisierung eines Patienten, dessen leibliche Eltern eine türkische Staatsangehörigkeit besaßen, der im Alter von zwei Jahren von deutschen Eltern adoptiert worden und infolgedessen von der Türkei nach Deutschland migriert war, gab es keine Empfehlungen zu einer Zuordnung in der Literatur. Der Patient besaß nach eigener Aussage vordergründig eine deutsche Identität. In der vorliegenden Studie wird der Einfluss einer Recovery-orientierten Haltung und somit der Einfluss einer erlernten Haltung des Personals gegenüber den Patient*innen, untersucht. Das Personal wurde in der vorliegenden Studie nicht für unbewusste Vorurteile gegenüber Patient*innen mit Migrationshintergrund sensibilisiert. Daher ist davon auszugehen, dass diese die Interaktion weiterhin beeinflussen könnten, insbesondere im vorliegenden Fall des adoptierten Patienten. Daher wurde auch dieser Patient, trotz deutscher Identität und Prägung, als Teil der Gruppe der Patient*innen mit Migrationshintergrund klassifiziert.

11.2.2.2 Herkunftsregionen der befragten Patient*innen mit MH der PUK SHK

Der größte Anteil der Patient*innen mit Zuwanderungsgeschichte der PUK SHK wies, sowohl in der ersten (ca. 17%) als auch in der zweiten Erhebung (ca. 10%), eine Zuwanderungsgeschichte aus Osteuropa (Patient*innen, die oder deren Elterngeneration aus Polen, Russland, Rumänien oder einem der Nachfolgestaaten der Sowjetunion zugewandert sind oder waren) auf. Den zweitgrößten Anteil an der Gruppe der Patient*innen mit Zuwanderungsgeschichte hatten Personen mit türkischer Zuwanderungsgeschichte. In der ersten Erhebung lag ihr Anteil bei ca. 9 %, in der zweiten bei ca. 13% der ausgewerteten Stichprobe. Der Anteil der Patient*innen ohne Zuwanderungsgeschichte lag bei ca. 63% (1. Erhebung) bzw. 70%. (2. Erhebung). Weitere

vertretene Herkunftsregionen waren westeuropäische, asiatische, afrikanische, sowie süd- und mittelamerikanische Herkunftsregionen, die jeweils nur einen Anteil zwischen insgesamt 1-5% der im Interventionskrankenhaus behandelten Patient*innen bildeten (Tabelle 6).

Kultureller Hintergrund der Pat. mit MH der Interventionsgruppe				
	Welche Erhebung?			
	Erste Erhebung		Zweite Erhebung	
	N	N in (%)	N	N in (%)
Migrationshintergrund				
Kein MH	49	62,8%	71	70,3%
Türkischer MH	7	9,0%	13	12,9%
Osteuropäischer MH	13	16,7%	10	9,9%
Westeuropäischer MH	6	7,7%	3	3,0%
Gemischt-europäischer MH	1	1,3%	0	0%
Mittel-, Süd-, West-, Ostafrikanischer MH	1	1,3%	1	1,0%
Nordafrikanischer MH	0	0%	1	1,0%
Süd-, Mittelamerikanischer MH	1	1,3%	0	0%
Asiatischer Migrationshintergrund	0	0%	2	2,0%

Tabelle 6 Kultureller Hintergrund der Pat. mit MH der Interventionsgruppe

11.2.2.3 Angaben zur Migrationsgeneration, Migrationsgründen und zum Aufenthaltsstatus der befragten Patient*innen mit MH der PUK SHK

In beiden Erhebungen handelte es sich mehrheitlich um Migrant*innen der ersten Generation (Tabelle 7), insbesondere bei den Patient*innen mit osteuropäischem Migrationshintergrund. Als Migrationsgründe wurden in den meisten Fällen Arbeitsmigration, Vertreibung und gelegentlich familiäre Gründe genannt. Lediglich ein einziger der befragten Patienten mit Migrationshintergrund verfügte über einen befristeten Aufenthaltsstatus.

Migrationsgeneration und Aufenthaltsdauer der Menschen mit MH der Interventionsgruppe					
	Generation				Jahre in Deutschland
	Erste Generation		Zweite Generation		
	N	N in %	N	N in %	Mittelwert
Erste Erhebung					
Türkischer MH	3	42,9%	4	57,1%	34,00
Osteuropäischer MH	9	75,0%	3	25,0%	21,44
Westeuropäischer MH	5	83,3%	1	16,7%	18,70
Gesamt	20	71,4%	8	28,6%	22,60
Zweite Erhebung					
Türkischer MH	7	53,8%	6	46,2%	31,14
Osteuropäischer MH	8	80,0%	2	20,0%	27,56
Westeuropäischer MH	1	33,3%	2	66,7%	16,00
Gesamt	18	60,0%	12	40,0%	27,03

Tabelle 7 Übersicht Generation und Aufenthaltsdauer der Pat. mit MH der Interventionsgruppe

11.2.2.4 Patient*innen mit Migrationshintergrund in den externen Kontrollkrankenhäusern

Der Anteil der Patient*innen mit Migrationshintergrund in den externen Kontrollkrankenhäusern lag bei ca. 10%. In absoluten Zahlen hatten in der externen Kontrollgruppe, zum Zeitpunkt der ersten und zweiten Erhebung, jeweils acht Patient*innen einen Migrationshintergrund. Der geringe Anteil der Patient*innen mit Migrationshintergrund in den externen Kontrollkrankenhäusern kann zurückgeführt werden auf den, im Vergleich zum Wohnbezirk Wedding (Stadtbezirk Mitte: Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund 20% und mehr) (Berlin-Brandenburg, 2014), deutlich geringeren Migrant*innenanteil in den Bezirken Weißensee (Stadtbezirk Pankow: Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund 5-10%) (ebd.) und Hedwighöhe (Stadtbezirk Treptow-Köpenick, Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund 2011 <5%) (ebd.) zum Befragungszeitpunkt.

11.2.3 Diagnose, Schweregrad und Dauer der Erkrankung

11.2.3.1 Diagnosespektrum der Patient*innen der Interventions- und der externen Kontrollgruppe im Vergleich

Das Hauptdiagnosespektrum³, nach ICD-10-Klassifikationssystem WHO 2011 (DIMDI, 2011), unterschied sich zwischen den sechs Studiengruppen (Interventionsgruppen, jeweils zum ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt und der externen Kontrollgruppe, jeweils zum ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt) im Fisher-Freeman-Halton-Test (**p<0,001**) signifikant.

Bezogen auf die Interventionsgruppe der Patient*innen mit MH waren zum ersten Erhebungszeitpunkt Suchterkrankungen als Hauptdiagnose prozentual am häufigsten vertreten (38% zum ersten Erhebungszeitpunkt, 10,3% zum zweiten Erhebungszeitpunkt, vgl. Tabelle 8). Insgesamt prozentual am häufigsten vertreten waren Erkrankungen aus dem F2-Diagnosespektrum (manische und psychotische Erkrankungen) nach ICD (29% zum ersten Erhebungszeitpunkt, 61% zum zweiten Erhebungszeitpunkt, vergleiche ebd.). Zum ersten Erhebungszeitpunkt war der prozentuale Anteil der an einer F2-Diagnose Erkrankten in den drei Studiengruppen ca. gleich groß (Externe Kontrollgruppe: 35%, Interventionsgruppe ohne MH 27%, Interventionsgruppe mit MH 29%, vgl. Tabelle 8). Die

Interventionsgruppe der Patient*innen mit MH wurde jedoch zum zweiten Erhebungszeitpunkt, im Vergleich zur externen Kontrollgruppe (62% vs. 35%, vgl. ebd.) und der Interventionsgruppe ohne MH der PUK SHK (62% vs. 26%), prozentual deutlich häufiger mit einer F2-Diagnose als Hauptdiagnose behandelt. Weitere häufig vertretene Hauptdiagnosen in der Interventionsgruppe der Patient*innen mit MH waren die affektiven Erkrankungen (25% erster Erhebungszeitpunkt, 24% zweiter Erhebungszeitpunkt). Somatoforme Störungen/ Somatisierungsstörungen/ neurotische Störungen (F4-Diagnose) oder andere psychische Störungen waren in der Interventionsgruppe der Patient*innen mit MH der PUK SHK kaum vertreten (vgl. ebd.).

In der Interventionsgruppe ohne MH der PUK SHK war zu beiden Erhebungszeitpunkten der Anteil der Patient*innen mit Suchterkrankungen am größten (35% zum ersten Erhebungszeitpunkt, 33% zum zweiten Erhebungszeitpunkt, vgl. Tabelle 8). An zweiter Stelle stand der Anteil der Patient*innen mit manischen/psychotischen Erkrankungen (27% zum ersten Erhebungszeitpunkt und 26% zum zweiten Erhebungszeitpunkt, vgl. ebd.). Der Anteil der affektiven Erkrankungen war in der Interventionsgruppe der Patient*innen ohne MH der PUK SHK prozentual etwas weniger vertreten im Vergleich zur Interventionsgruppe mit MH (18% zum ersten Erhebungszeitpunkt, 17% zum zweiten Erhebungszeitpunkt). Somatoforme Störungen/ Somatisierungsstörungen oder andere psychische Störungen waren in der Interventionsgruppe der Patient*innen ohne MH der PUK SHK etwas häufiger als in der Interventionsgruppe mit MH, aber insgesamt auch wenig (4% zum ersten Erhebungszeitpunkt und 15% zum zweiten Erhebungszeitpunkt) vertreten.

In den externen Kontrollkrankenhäusern war der prozentuale Anteil der Patient*innen, die an einer manischen oder psychotischen Erkrankung erkrankt waren (ca. 35% zu beiden Erhebungszeitpunkten), ebenfalls am größten. Der Anteil der Patient*innen mit affektiven Erkrankungen lag etwas höher als in den Interventionsgruppen der PUK SHK (24%, bzw. 44%). Der prozentuale Anteil der an einer Suchterkrankung erkrankten Patient*innen war etwas geringer im Vergleich zu den Interventionsgruppen (ca. 12% zu beiden Erhebungszeitpunkten, vgl. Tabelle 8). In der externen Kontrollgruppe fanden sich häufiger F4-Diagnosen als in den beiden Interventionsgruppen (29% erste Erhebung, 18% zweite Erhebung).

³ Kategorisierung angelehnt an Kategorisierung aus Mahler et al., 2014 .

Hauptdiagnosespektrum der Studiengruppen im Vergleich

ICD-Kategorie der Hauptdiagnose laut Akte	Erste Erhebung, Kontrollkrankenhäuser		Zweite Erhebung, Kontrollkrankenhäuser		Erste Erhebung, kein MH		Zweite Erhebung, kein MH		Erste Erhebung, MH		Zweite Erhebung, MH		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
F0	0	0,0%	2	2,4%	2	4,1%	0	0,0%	1	3,6%	0	0,0%	5	1,5%
F1	9	11,7%	10	12,0%	17	34,7%	23	33,3%	9	32,1%	3	10,3%	71	21,2%
F2	27	35,1%	29	34,9%	13	26,5%	18	26,1%	8	28,6%	18	62,1%	113	33,7%
F3	18	23,4%	27	32,5%	9	18,4%	12	17,4%	7	25,0%	7	24,1%	80	23,9%
F4	22	28,6%	15	18,1%	2	4,1%	10	14,5%	1	3,6%	0	0,0%	50	14,9%
F5	0	0,0%	0	0,0%	1	2,0%	1	1,4%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,6%
F6	1	1,3%	0	0,0%	4	8,2%	3	4,3%	2	7,1%	1	3,4%	11	3,3%
F7	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	2,9%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,6%
F8	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
F9	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
andere als F-Diagnose	0	0,0%	0	0,0%	1	2,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,3%
Gesamt	77	100,0%	83	100,0%	49	100,0%	69	100,0%	28	100,0%	29	100,0%	335	100,0%

Tabelle 8 Hauptdiagnosespektrum der Studiengruppen im Vergleich

In Bezug auf das Nebendiagnosespektrum fand sich im Fisher-Freeman-Halton-Test kein signifikanter Unterschied zwischen den sechs Studiengruppen (Interventionsgruppen, zum jeweils ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt und der externen Kontrollgruppe, zum jeweils ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt).

Häufigste erste Nebendiagnose war zu beiden Erhebungszeitpunkten in allen drei Studiengruppen (Interventionsgruppen mit und ohne MH sowie externe Kontrollgruppe) die Suchterkrankung (vgl. Tabelle 9). In den externen Kontrollkrankenhäusern war der Anteil der Patient*innen mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung (F6) als erste Nebendiagnose, im Vergleich zu den Interventionsgruppen, höher (vgl. ebd.). Weiterhin war in den externen Kontrollkrankenhäusern zum ersten Erhebungszeitpunkt, im Vergleich zu den Interventionsgruppen der PUK SHK, ein größerer Anteil an Patient*innen mit neurotischen, Belastungs- oder somatoformen Störungen (F4) als erste Nebendiagnose sowie von Patient*innen mit nicht- psychiatrischen Erkrankungen (andere als F-Diagnose) behandelt worden. In der Interventionsgruppe der Patient*innen mit MH wurde als erste

Nebendiagnose bei ca.17% der Patient*innen ebenfalls eine andere als eine psychiatrische Diagnose gestellt (vgl. ebd.).

Nebendiagnosespektrum der ersten Nebendiagnose: Externe Kontrollgruppe und Interventionsgruppen im Vergleich

ICD-Kategorie der Nebendiagnose 1 laut Akte	Erste Erhebung, Kontrollkrankenhäuser		Zweite Erhebung, Kontrollkrankenhäuser		Erste Erhebung, kein MH		Zweite Erhebung, kein MH		Erste Erhebung, MH		Zweite Erhebung, MH		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
F0	0	0,0%	2	5,4%	1	3,4%	0	0,0%	1	5,9%	0	0,0%	4	2,4%
F1	14	29,2%	17	45,9%	18	62,1%	15	53,6%	9	52,9%	3	50,0%	76	46,1%
F2	3	6,3%	4	10,8%	0	,0%	1	3,6%	1	5,9%	0	,0%	9	5,5%
F3	2	4,2%	0	0,0%	3	10,3%	4	14,3%	1	5,9%	1	16,7%	11	6,7%
F4	6	12,5%	3	8,1%	3	10,3%	1	3,6%	0	0,0%	0	0,0%	13	7,9%
F5	1	2,1%	0	,0%	0	0,0%	1	3,6%	0	0,0%	0	0,0%	2	1,2%
F6	11	22,9%	6	16,2%	1	3,4%	2	7,1%	0	,0%	0	0,0%	20	12,1%
F7	1	2,1%	2	5,4%	1	3,4%	0	0,0%	1	5,9%	1	16,7%	6	3,6%
F8	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	3,6%	1	5,9%	0	0,0%	2	1,2%
F9	0	0,0%	0	,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
andere als F-Diagnose	10	20,8%	3	8,1%	2	6,9%	3	10,7%	3	17,6%	1	16,7%	22	13,3%
Gesamt	48	100,0%	37	100,0%	29	100,0%	28	100,0%	17	100,0%	6	100,0%	165	100,0%

Tabelle 9 Nebendiagnosespektrum der ersten Nebendiagnose: Externe Kontrollgruppe und Interventionsgruppen im Vergleich

11.2.3.2 Schweregrad und Dauer der Erkrankung, Kontroll- und Interventionsgruppen im Vergleich

Zwischen den sechs Studiengruppen (Interventionsgruppen, zum jeweils ersten und zweiten Befragungszeitpunkt, und die externe Kontrollgruppe, zum jeweils ersten und zweiten Befragungszeitpunkt) fand sich kein signifikanter Unterschied bezüglich der Dauer der Erkrankung und der Anzahl der Psychiatrievoraufenthalte (ANOVA⁴, p>0,05).

Die Patient*innen der PUK SHK waren im Durchschnitt im Vergleich zur Kontrollgruppe etwas länger erkrankt. Die durchschnittliche Erkrankungsdauer in der Interventionsgruppe mit MH betrug 13 (Mittelwert (MW) in Jahren) ± 12 (Standardabweichung (SD) in Jahren) Jahre, die durchschnittliche Erkrankungsdauer der Patient*innen der Interventionsgruppe ohne MH betrug 15 (MW in Jahren) ±13 (SD in Jahren) Jahre und die durchschnittliche

⁴ Hinsichtlich der getesteten Variablen bestand in der graphischen Testung mittels Q-Q- und Boxplot eine Normalverteilung und Varianzhomogenität.

Erkrankungsdauer in den externen Kontrollkrankenhäusern betrug 13 (MW in Jahren) \pm 11 (SD in Jahren) Jahre. Die Anzahl stationärer psychiatrischer Behandlungen, inklusive des zum Befragungszeitpunkt aktuellen Psychiatrieaufenthaltes, war in den sechs Stichproben ungefähr gleich groß (Anzahl der stationären Aufenthalte der Patient*innen der Interventionsgruppe mit MH=7 (MW) \pm 15 (SD), Anzahl der stationären Aufenthalte der Patient*innen der Interventionsgruppe ohne MH= 7 (MW) \pm 14 (SD), vs. Anzahl der stationären Aufenthalte der externen Kontrollgruppe=8 (MW) \pm 11 (SD)).

Zur Einschätzung des Erkrankungsschweregrades wurden die behandelnden Ärzt*innen um Einschätzung mittels GAF und CGI⁵ gebeten. Der GAF-Wert unterschied sich in den sechs Stichproben (Interventionsgruppe mit und ohne MH, jeweils erste und zweite Erhebungszeitpunkt, sowie der externen Kontrollgruppe, zum jeweils ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt) in der ANOVA nicht signifikant. Im CGI zeigte sich hingegen zu beiden Erhebungszeitpunkten ein signifikanter Unterschied des Erkrankungsschweregrades zwischen den sechs oben genannten Stichproben (Fisher-Freeman-Halton-Test unter Anwendung der Monte-Carlo-Signifikanz, **p=0,002**). Nach der deskriptiven Analyse der CGI-Severity-Scale (vgl. Tabelle 10) war die Patient*innengruppe mit MH der PUK SHK prozentual, insbesondere zum zweiten Befragungszeitpunkt, schwerer von ihrer Krankheit betroffen als die externe Kontrollgruppe und die Patient*innen ohne MH der PUK SHK.

⁵ Die Variablen GAF-Wert und CGI Schweregrad wurden zuvor auf Normalverteilung und Gleichheit der Varianzen graphisch getestet. Hierin zeigte sich eine annähernde Normalverteilung für beide Zielvariablen im Q-Q-Diagramm.

CGI-Severity-Scale: Interventions- und externe Kontrollgruppe im Vergleich

Schweregrad der Krankheit	Erste Erhebung, Kontrollkrankenhäuser		Zweite Erhebung, Kontrollkrankenhäuser		Erste Erhebung, kein MH		Zweite Erhebung, kein MH		Erste Erhebung, MH		Zweite Erhebung, MH	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
nicht beurteilbar	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
überhaupt nicht krank	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Grenzfall psychiatrischer Erkrankung	7	10,9%	5	6,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
nur leicht krank	16	25,0%	15	18,3%	5	12,8%	2	4,5%	0	0,0%	0	0,0%
massig krank	16	25,0%	24	29,3%	17	43,6%	20	45,5%	10	37,0%	5	23,8%
deutlich krank	21	32,8%	27	32,9%	11	28,2%	19	43,2%	13	48,1%	11	52,4%
schwer krank	4	6,3%	10	12,2%	5	12,8%	3	6,8%	4	14,8%	5	23,8%
gehört zu extrem schweren Kranken	0	0,0%	1	1,2%	1	2,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Gesamt	64	100,0%	82	100,0%	39	100,0%	44	100,0%	27	100,0%	21	100,0%

Tabelle 10 CGI-Severity-Scale: Interventions- und externe Kontrollgruppe im Vergleich

11.3 Überprüfung der Hypothesen

11.3.1 Überprüfung der Haupthypothese 1: Zufriedenheit mit der Behandlung

11.3.1.1 Erste Nullhypothese

Im Folgenden soll die erste Haupthypothese, anhand der Untersuchung der folgenden Nullhypothese, geprüft werden:

Zwischen dem Erhebungszeitpunkt 2011 (T1) - nach Einführung der Recovery-Orientierung in die PUK SHK - und dem Erhebungszeitpunkt 2010 (T0) – vor Einführung der Recovery-Orientierung in die PUK SHK - gibt es, bezogen auf die Gruppe der Patient*innen mit Migrationshintergrund, keinen signifikanten Unterschied in der Entwicklung der

Summenscores der Patient*innenversion (WPAZPat) und der Personalversion (WPAZPer) des Fragebogens zur Zufriedenheit mit der Behandlung (WPAZ), im Vergleich zur externen Kontrollgruppe, bzw. im Vergleich zur Interventionsgruppe der PUK SHK ohne MH.

11.3.1.2 Berechnung der Summenscores des WPAZ

Aus den Items des WPAZ (Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Behandlung) wurde, sowohl für die Patient*innenversion (WPAZPat) als auch die Personalversion (WPAZPer) des Fragebogens, ein Summenscore gebildet (SUMWPAZPat: Summenscore der Patient*innenversion des WPAZ, SUMWPAZPer: Summenscore der Personalversion des WPAZPer). Items, die mit der Kategorie „Frage unzutreffend“ bewertet worden waren, konnten durch die Errechnung eines prozentualen Wertes eines möglichen Maximalwertes, in der Auswertung berücksichtigt werden. Für die Berechnungen mittels ANOVA/ ANCOVA wurden die Summenscores des WPAZ aufgrund der Verletzung von Testvoraussetzungen mittels Johnson-Transformation transformiert und folgendermaßen abgekürzt: SUMWPAZ_Johnson und SUMWPAZPer_Johnson.

11.3.1.3 Prüfung der statistischen Voraussetzungen der verwendeten Testverfahren

11.3.1.3.1 Prüfung der statistischen Voraussetzungen für die Auswertung des WPAZ (Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Behandlung) – Test auf Normalverteilung

Die, nach Johnson-Transformation, transformierten Summenscores des WPAZPat und des WPAZPer wurden auf Normalverteilung in den 6 Studiengruppen (Interventionsgruppen mit und ohne MH, zum jeweils ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt, sowie die externe Kontrollgruppe, zum jeweils ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt) getestet. Die Testung erfolgte graphisch mittels Q-Q-Plot. Es zeigte sich für beide Summenscores eine annähernde Normalverteilung der Testwerte in den sechs Studiengruppen mit teilweise leichten Abweichungen in den Extrembereichen. Der Kolmogorov-Smirnov-Test und der Shapiro-Wilk-Test zeigten zudem für fast keine der 6 Studiengruppen signifikante Testergebnisse. Lediglich für die externe Kontrollgruppe zeigte der Shapiro-Wilk-Test zum zweiten Erhebungszeitpunkt in der Testung auf Normalverteilung des SUMWPAZPer (Summenscore des Fragebogens zur Zufriedenheit mit der Behandlung- Personalversion) signifikante Testergebnisse (Shapiro-Wilk-Test: $p=0,026$), die im Kolmogorov-Smirnov-Test

nicht bestanden. Insbesondere bei großen Stichproben, die mit einer Fallzahl von $N=80$ in der externen Kontrollgruppe zu T1 vorlag, erhält man mit diesen Tests, aufgrund der hohen statistischen Power, schon bei sehr kleinen Abweichungen von der Normalverteilung signifikante Ergebnisse. Bei großen Stichproben, wie bei der externen Kontrollgruppe der Fall, sollten diese Tests nicht zur Testung der Normalverteilung verwendet werden (Field, 2009: S. 139). Im Folgenden kann daher, aufgrund der in der graphischen Testung bestehenden annähernden Normalverteilung, ein parametrisches Verfahren zur Analyse der, nach Johnson-Transformation, transformierten Summenscores des WPAZ verwendet werden.

11.3.1.3.2 Prüfung der statistischen Voraussetzungen für die Durchführung einer ANOVA/ANCOVA der Summenscores der Fragebögen zur Zufriedenheit mit der Behandlung

Die Voraussetzungen zur Durchführung einer ANOVA/ANCOVA der Summenscores des WPAZPat (Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Behandlung - Patient*innenversion) und des WPAZPer (Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Behandlung – Personalversion) zeigten sich vollständig erfüllt. Es ließen sich keine extremen Ausreißer im Boxplot der sechs Studiengruppen (Interventionsgruppen mit ohne und MH, zu jeweils T0 und T1, und der externen Kontrollgruppe, zu T0 und T1) für die, nach Johnson-Transformation, transformierten Summenscores finden. Im Levene-Test bestand für die, nach Johnson-Transformation, transformierten Summenscores des WPAZPat und des WPAZPer, Varianzhomogenität.

11.3.1.4 Statistische Verfahren zur Auswertung des WPAZ (Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Behandlung)

Die Summenscores des WPAZ (Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Behandlung) wurden, aufgrund der ursprünglich ordinalen Skalierung (Likert-Skalen), zunächst, mittels Mann-Whitney-U-Test, auf signifikante Unterschiede zwischen den drei Studiengruppen (Interventionsgruppen mit und ohne MH sowie externe Kontrollgruppe) zum Zeitpunkt T0 geprüft. Es wurde eine Testung auf signifikante Unterschiede innerhalb der drei Studiengruppen (Interventionsgruppen mit und ohne MH sowie externe Kontrollgruppe) zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten, T0 und T1, mittels Mann-Whitney-U-Test, angeschlossen. Daraufhin folgte eine Analyse der Summenscores des WPAZPat und des WPAZPer mittels ANOVA/ANCOVA, um das Vorliegen eines signifikanten Einflusses der

Interaktion der Faktoren Erhebungszeitpunkt und Gruppenzugehörigkeit, zu prüfen. Hierdurch konnte festgestellt werden, ob sich die Entwicklung der Testergebnisse von T0 zu T1 zwischen den drei Studiengruppen (Interventionsgruppen mit und ohne MH sowie der externe Kontrollgruppe) unterschied. Weiterhin wurde in dieser Berechnung der Einfluss eines Summenscores zum sozioökonomischen Hintergrund⁶ und der Einfluss des Schweregrads der Erkrankung, ermittelt. Für die Analyse der Interaktion zweier Faktoren steht in SPSS kein nicht-parametrisches Verfahren zur Verfügung, so dass ein parametrisches Verfahren angewendet werden musste. Zudem weisen ANOVA/ANCOVA als parametrische Verfahren, bei Vorliegen einer Normalverteilung, eine höhere statistische Power im Vergleich zu einem nicht-parametrischen Verfahren auf (Finch, 2005). Die verwendeten parametrischen Verfahren gelten in der Analyse von Likert-Skalen als robust (Norman, 2010).

11.3.1.5 Berechnungen zur Überprüfung der ersten Haupthypothese

11.3.1.5.1 Statistische Unterschiede zwischen den Studiengruppen vor Einführung der Recovery-Orientierung (Erhebungszeitpunkt T0)

Zunächst wurden statistisch signifikante Unterschiede zwischen den drei Studiengruppen (Interventionsgruppen mit und ohne MH sowie externe Kontrollgruppe) zum Zeitpunkt T0 untersucht. Eine Ermittlung dieser Unterschiede ist für die Interpretation der Ergebnisse wichtig, da unterschiedliche Ausgangstestwerte in den Studiengruppen unterschiedliches Potential an statistisch messbaren Verbesserungsmöglichkeiten bedingen. D. h., wurde der Behandlungsverlauf zum Zeitpunkt T0 bereits sehr positiv evaluiert, ist das Erzielen einer verbesserten Evaluation zu T1 weniger wahrscheinlich. Als statistisches Verfahren zur Ermittlung der statistischen Unterschiede zwischen den drei Studiengruppen im WPAZ zum Zeitpunkt T0 wurde der Mann-Whitney-U-Test verwendet.

Zwischen der externen Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe der PUK SHK mit MH sowie zwischen den Interventionsgruppen mit und ohne MH bestanden zum Zeitpunkt T0

⁶ Für diese Analyse wurde ein Summenscore zum sozioökonomischen Hintergrund aus den Variablen des beruflichen Status der Eltern, dem höchsten Schulabschluss, der Anzahl der Ausbildungsjahre, dem Status der letzten beruflichen Tätigkeit, dem Status der Berufsausbildung, der Anzahl der Beschäftigungsjahre und dem Status der aktuell bestehenden Einkünfte berechnet. Die einzelnen Items wurden zunächst in zwei bis dreistufige Items umcodiert, so dass ihr jeweiliger Einfluss auf den Gesamtsummenscore ähnlich groß war. Im soziologischen Sinne zu kurz gefasst, aber nach den Ausarbeitungen bspw. von Pierre Bourdieu (Schilcher, 2001), (Kieserling, 2008) theoretisch wirksam, wurden, für den Vergleich des beruflichen Status der Eltern, zwei Statuskategorien (Bürgerlich, Proletarisch) formuliert. Dieselbe Kategorisierung (proletarisch/ bürgerlich) wurde für die Variablen Status der letzten beruflichen Tätigkeit und Status der Berufsausbildung gewählt.

keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Summenscores des WPAZ. Auf eine tabellarische Darstellung der Testergebnisse wird aufgrund der fehlenden statistischen Unterschiede zwischen den genannten Studiengruppen verzichtet. Dennoch ist zu erwähnen, dass die Interventionsgruppe mit MH zum Erhebungszeitpunkt T0 deutlich höhere Ausgangstestwerte für SUMWPAZPat im Vergleich zur externen Kontrollgruppe aufwies und leicht niedrigere Ausgangstestwerte als die Interventionsgruppe ohne MH (Median Interventionsgruppe mit MH zu T0: 73; Median der externen Kontrollgruppe zu T0: 68; Median zur Interventionsgruppe ohne MH zu T0: 77).

Zwischen der externen Kontroll- und der Interventionsgruppe der PUK SHK ohne MH bestand zum Zeitpunkt T0 ein signifikanter Unterschied in Bezug auf den Summenscore der Patient*innenversion des WPAZ (vgl. Tabelle 11). Der Summenscore der Personalversion des WPAZ unterschied sich zwischen der externen Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe ohne MH nicht signifikant. Die Effektstärke des, in der Tabelle 11 aufgeführten, statistisch signifikanten Unterschieds zum Zeitpunkt T0 zeigte eine Korrelation mittlerer Effektstärke ($|r| = 0,1$ bis $0,3$).

Signifikante Unterschiede zwischen der externen Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe ohne MH im Mann-Whitney-U-Test zum Erhebungszeitpunkt T0

Abhängige Variable	N	U	z-Score	P	R	Median Interventionsgruppe ohne MH	Median externe Kontrolle
SUMWPAZPat	332	1227	-2,974	0,003	-0,268	77	68
SUMWPAZPer	288	1440,5	-0,456	>0,05	-0,001	75	76

Tabelle 11 Signifikante Unterschiede zwischen der externen Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe ohne MH im Mann-Whitney-U-Test zum Erhebungszeitpunkt T0

11.3.1.5.2 Zufriedenheit mit der Behandlung innerhalb der drei Studiengruppen vor und nach Einführung der Recovery-Orientierung

Die Summenscores des Fragebogens zur Zufriedenheit mit der Behandlung wurden zunächst, aufgrund der ordinalen Skalierung des WPAZ, anhand mittels Mann-Whitney-U-Test, nicht parametrisch ausgewertet. Für die Auswertung mittels Mann-Whitney-U-Test wurden die, nach Johnson-Transformation, transformierten Testwerte des WPAZPat und WPAZPer verwendet. Es erfolgte ein Vergleich der Summenscores des WPAZ innerhalb der drei Studiengruppen (Interventionsgruppe mit und ohne MH und der externen Kontrollgruppe) zwischen den Erhebungszeitpunkten T0 und T1.

In Bezug auf den Summenscore nach Patient*inneneinschätzung des WPAZ zeigte keine der drei Gruppen signifikante Veränderungen zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten

(vgl. Tabelle 12). In der Personalversion des Fragebogens zeigten die externe Kontrollgruppe sowie die Interventionsgruppe ohne MH signifikante Verbesserungen für den Summenscore WPAZPer von T0 zu T1 im Mann-Whitney-U-Test (ebd.). Bei den im Mann-Whitney-U-Test gefundenen signifikanten Testergebnissen handelte es sich um signifikante Effekte mit schwachen Effektstärken ($r = 0,00-0,3$).

Auswertung der Summenscores des WPAZ mittels Mann-Whitney-U-Test: Vergleich innerhalb der drei Studiengruppe zwischen T0 und T1

Abhängige Variable	Studiengruppe	N T0	N T1	U	z-Score	P	R	Median T0	Median T1
SUMWPAZPat_Johnson	Interventionsgruppe mit MH					>0,05			
	Interventionsgruppe ohne MH					>0,05			
	Externe Kontrollgruppe					>0,05			
SUMWPAZPer Johnson	Interventionsgruppe mit MH					>0,05			
	Interventionsgruppe ohne MH	44	42	533	-3,383	0,001	-0,199	75 ⁷	84,4
	Externe Kontrollgruppe	69	81	1901	-3,368	0,001	-0,275	75,7	83,3

Tabelle 12 Auswertung der Summenscores des WPAZ mittels Mann-Whitney-U-Test: Vergleich innerhalb der drei Studiengruppe zwischen T0 und T1

11.3.1.5.3 Zufriedenheit mit der Behandlung nach Einführung der Recovery-Orientierung in der Interventionsgruppe mit MH im Vergleich zu den Vergleichsgruppen

Um zu ermitteln, ob sich die Zufriedenheit mit der Behandlung in den drei Studiengruppen (Interventionsgruppe mit MH/ohne MH und die externe Kontrollgruppe) im Prä-Post-Vergleich in unterschiedlich starkem Ausmaß veränderte, wurde mittels einer zweifaktoriellen ANOVA/ ANCOVA getestet, ob die Interaktion Gruppenzugehörigkeit/Erhebungszeitpunkt einen signifikanten Einfluss auf die Summenscores WPAZPat und WPAZPer nimmt. Ein signifikanter Einfluss der Interaktion liefert einen Hinweis auf eine unterschiedlich starke oder entgegengesetzte Veränderung der gemessenen Zielvariablen in den Studiengruppen. Mittels zweifaktorieller ANCOVA wurde zudem der Einfluss des, mittels GAF ermittelten, Erkrankungsschweregrads und des sozioökonomischen Hintergrunds⁸ auf die Entwicklung der Summenscores des WPAZPat ermittelt. Durch den Einbezug der Kovariaten verminderte sich die Anzahl der ausgewählten Datensätze deutlich, so dass im Folgenden jeweils die Ergebnisse der Berechnungen mit und ohne Kovariaten dargestellt werden.

⁷ Für die Ermittlung des Medians wurden die nicht transformierten Skalen und Subskalen des WPAZ verwendet.

⁸ Für diese Analyse wurde ein Summenscore zum sozioökonomischen Hintergrund aus den Variablen des beruflichen Status der Eltern, dem höchsten Schulabschluss, der Anzahl der Ausbildungsjahre, dem Status der letzten beruflichen Tätigkeit, dem Status der Berufsausbildung, der Anzahl der Beschäftigungsjahre und dem Status der aktuell bestehenden Einkünfte berechnet. Die einzelnen Items wurden zunächst in zwei bis dreistufige Items umcodiert, so dass ihr jeweiliger Einfluss auf den Gesamtsummenscore ähnlich groß war.

11.3.1.5.3.1 Entwicklung der Zufriedenheit mit der Behandlung nach Einführung der Recovery-Orientierung – Patient*inneneinschätzung

Es erfolgte die Testung des Einflusses der Interaktion Erhebungszeitpunkt/ Stichprobenzugehörigkeit auf die Zufriedenheit mit der Behandlung nach Patient*inneneinschätzung. Der Summenscore des WPAZPat wurde hierfür mittels ANOVA/ ANCOVA getestet. Eine Übersicht über die Anzahl der ausgewerteten Datensätze gibt die Tabelle 13.

Deskriptive Statistik zur Auswertung des Summenscores des WPAZPat mittels ANOVA/ ANCOVA

Studiengruppe	Erhebungszeitpunkt	ANOVA	ANCOVA
		N	N
Externe Kontrollgruppe	1. Erhebung	75	12
	2. Erhebung	83	61
	Gesamt	158	73
Interventionsgruppe ohne MH	1. Erhebung	48	27
	2. Erhebung	68	35
	Gesamt	116	62
Interventionsgruppe mit MH	1. Erhebung	28	14
	2. Erhebung	28	20
	Gesamt	56	34
Gesamt	1. Erhebung	151	53
	2. Erhebung	179	116
	Gesamt	330	169

Tabelle 13 Deskriptive Statistik zur Auswertung des Summenscores des WPAZPat mittels ANCOVA/ ANCOVA

11.3.1.5.3.1.1 Auswertung des Summenscores zur Zufriedenheit mit der Behandlung (WAPZPat) - Patient*inneneinschätzung

In der folgenden Tabelle erfolgt die Übersicht über die gefundenen Interaktionen und Haupteffekte in der Auswertung mittels zweifaktorieller ANOVA/ ANCOVA des Summenscores des WPAZPat. Der Einfluss der Kovariaten auf die Entwicklung des Summenscores des WPAZPat wird ausführlich in Kapitel 11.3.1.5.3.1.2 dargestellt.

Auswertung des Summenscores des WPAZPat mittels ANOVA/ANCOVA

Unabhängige Variable	Abhängige Variable	ANOVA					ANCOVA				
		F	df 1	df2	P	Partielles η^2	F	df 1	df2	P	Partielles η^2
Korrigiertes Modell	SUMWPAZPat_Johnson	3,73	2	328	0,003	0,054	2,27	2	166	0,031	0,09
Erhebungszeitpunkt	SUMWPAZPat_Johnson	1,406	2	328	0,237	0,004	4,557	2	166	0,034	0,028
Studiengruppe (Kontrollgruppe, Interventionsgruppe mit MH, Interventionsgruppe ohne MH)	SUMWPAZPat_Johnson	2,452	2	328	0,001	0,044	5,6	2	166	0,004	0,065
Interaktion: Erhe-	SUMWPAZPat_Johnson	1,35	2	32	0,26	0,008	4,48	2	16	0,01	0,053

Erhebung * Studien- gruppe	n	3		8					6	3	
GAF-Wert	SUMWPAZPat_Johnson n	-	-	-	-	-	0,038	2	16 6	0,84 7	<0,001
Summenscore sozioökonomi- scher Hintergrund	SUMWPAZPat_Johnson n	-	-	-	-	-	<0,00 1	2	16 6	0,99 7	<0,001

Tabelle 14 Auswertung des Summenscores des WPAZPat mittels ANOVA/ ANCOVA

In der ANOVA des WPAZPat Summenscores fand sich ein signifikanter Haupteffekt, der unterschiedliche Testergebnisse zwischen den drei Studiengruppen zeigte (vgl. Tabelle 14). Dieser signifikante Haupteffekt fand sich auch in der ANCOVA (vgl. ebd.). Die Testergebnisse der ANOVA für die drei Gruppen werden im Folgenden graphisch dargestellt (vgl. Abbildung 11-1). Die externe Kontrollgruppe zeigte zu beiden Erhebungszeitpunkten schlechtere Testergebnisse als die beiden Interventionsgruppen, was den signifikanten Haupteffekt der ANOVA und der ANCOVA erklärt.

Während sich in der Auswertung des transformierten Summenscores des WPAZPat mittels ANOVA keine signifikante Interaktion fand, zeigte die Interaktion Erhebung/ Studiengruppe in der ANCOVA einen signifikanten Einfluss auf SUMWPAZPat_Johnson (vgl. Tabelle 14). In Anbetracht der, unter Anwendung der zweifaktoriellen ANCOVA, geringen Fallzahlen, insbesondere für die externe Kontrollgruppe zum ersten Erhebungszeitpunkt (N=12, s.o.) ist diese signifikante Interaktion mit Vorsicht zu interpretieren. Der ANCOVA wurde, aufgrund der signifikanten Interaktionstestung, eine Post-Hoc-Testung mit paarweisen Vergleichen mittels zweifaktorieller ANCOVA, angeschlossen. Hierbei zeigte sich ein signifikanter Einfluss der Interaktion Erhebung / Studiengruppenzugehörigkeit auf den transformierten Summenscore SUMWPAZPat_Johnson bei dem Vergleich der Patient*innen der Interventionsgruppe ohne MH und der externen Kontrollgruppe (ANCOVA: $F(1,140) = 8,02$, $p = 0,005$, partielles $\eta^2 = 0,056$, p-Wert nach Bonferroni-Korrektur: $p = 0,025$). In der Post-Hoc-Analyse mittels ANCOVA zeigte sich kein signifikanter Interaktionseffekt im Vergleich der externen Kontrollgruppe zu der Interventionsgruppe der Patient*innen mit MH. Auch bei dem Post-Hoc-Vergleich der beiden Interventionsgruppen der PUK SHK (mit und ohne MH) zeigte sich in der ANCOVA kein signifikanter Interaktionseffekt.

In der Summe zeigte sich keine signifikant unterschiedliche Entwicklung des transformierten Summenscores des WPAZPat der Interventionsgruppe mit MH im Vergleich zu den Vergleichsgruppen (der Interventionsgruppe ohne MH und der externen

Kontrollgruppe) nach Einführung der Recovery-Orientierung.

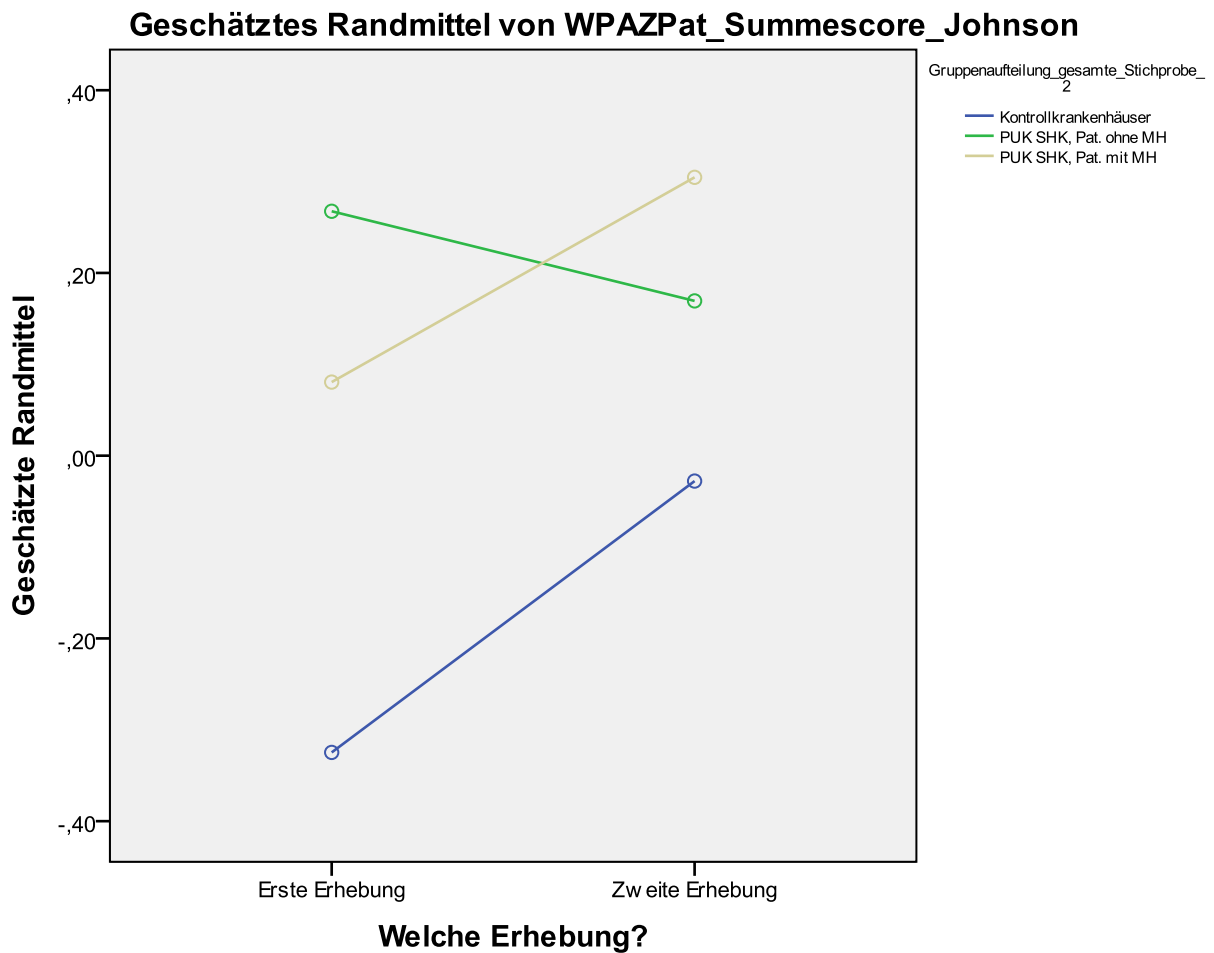


Abbildung 11-1 Entwicklung des mittels Johnson-Transformation transformierten Summscores des WPAZPat in der Auswertung mittels ANOVA

11.3.1.5.3.1.2 Confounderanalyse zur Zufriedenheit mit der Behandlung nach Patient*inneneinschätzung

Im Folgenden wird der Einfluss eines Summscores zum sozioökonomischen Hintergrund und des Erkrankungsschweregrads auf die Zufriedenheit der Patient*innen mit der Behandlung (auf den Summscore des WPAZPat) getestet. Als feste Faktoren wurden die unabhängigen Variablen Erhebungszeitpunkt und Stichprobenzugehörigkeit (Kontrollgruppe/Pat. mit MH PUK SHK/Pat. ohne MH PUK SHK) gesetzt. Ein Summscore zum sozioökonomischen Hintergrund und der mittels GAF ermittelte Erkrankungsschweregrad wurden als Kovariaten in der Analyse berücksichtigt. Die Anzahl der verwendeten Datensätze wurde bereits in der Tabelle 13 aufgeführt. Beide Kovariaten

zeigten keinen signifikanten Einfluss auf die Zufriedenheit der Patient*innen mit der Behandlung (vgl. Tabelle 15).

Einfluss des Erkrankungsschweregrads und des sozioökonomischen Hintergrunds auf die Zufriedenheit der Patient*innen mit der Behandlung

Kovariate	Abhängige Variable	F	df1	df2	P	Partielles η^2
Korrigiertes Modell	SUMWPAZPat_Johnson	2,270	2	166	0,031	0,090
Score zum sozio- Ökonomischen Hintergrund	SUMWPAZPat_Johnson	0,000	2	166	0,997	0,000
GAF-Wert	SUMWPAZPat_Johnson	0,038	2	166	0,847	0,000

Tabelle 15 Einfluss des Erkrankungsschweregrads und des sozioökonomischen Hintergrunds auf die Zufriedenheit der Patient*innen mit der Behandlung anhand der Testergebnisse des Summenscores des WPAZPat in der Auswertung mittels ANCOVA

11.3.1.5.3.2 Entwicklung der Zufriedenheit mit der Behandlung nach Einführung der Recovery-Orientierung - Personaleinschätzung

Im Weiteren erfolgte die Testung des Einflusses der Interaktion Erhebungszeitpunkt/Stichprobenzugehörigkeit auf die Zufriedenheit mit der Behandlung nach Personaleinschätzung. Als abhängige Variable wurde der nach Johnson-Transformation transformierte Summenscore des WPAZPer (SUMWPAZPer_Johnson) verwendet. Er wurde mittels ANOVA/ ANCOVA getestet. Die Anzahl der Datensätze reduzierte sich in der Auswertung mittels ANCOVA (vgl. Tabelle 16) deutlich, so dass auch für die Auswertungen des WPAZPer die Ergebnisse der ANOVA und der ANCOVA dargestellt werden.

Deskriptive Statistik zur Auswertung des SUMWPAZPer_Johnson mittels ANOVA/ ANCOVA

Studiengruppe	Erhebungszeitpunkt	ANOVA	ANCOVA
		N	N
Externe Kontrollgruppe	1. Erhebung	69	12
	2. Erhebung	81	60
	Gesamt	150	72
Interventionsgruppe ohne MH	1. Erhebung	44	27
	2. Erhebung	42	23
	Gesamt	86	50
Interventionsgruppe mit MH	1. Erhebung	27	13
	2. Erhebung	24	17
	Gesamt	51	30
Gesamt	1. Erhebung	140	52
	2. Erhebung	147	100
	Gesamt	287	152

Tabelle 16 Deskriptive Statistik zur , des nach Johnson-Transformation, transformierten Summenscores des WPAZPer mittels ANOVA/ ANCOVA

11.3.1.5.3.2.1 Auswertung des Summenscores zur Zufriedenheit mit der Behandlung – Personaleinschätzung

Der, nach Johnson-Transformation, transformierte Summenscore des WPAZPer (SUMWPAZPER_Johnson) wurde mittels ANOVA/ ANCOVA auf eine unterschiedliche Entwicklung in den drei Studiengruppen (Interventionsgruppe mit MH/ Interventionsgruppe ohne MH/ externe Kontrollgruppe) nach Einführung der Recovery-Orientierung untersucht.

In der Auswertung des SUMWPAZPer_Johnson, mittels zweifaktorieller ANOVA/ ANCOVA, fand sich keine signifikante Interaktion für die unabhängigen Variablen Erhebungszeitpunkt/ Stichprobenzugehörigkeit (vgl. Tabelle 16). In der Analyse der Haupteffekte fand sich, sowohl in der Testung mittels ANOVA, als auch in der Testung mittels ANCOVA, entsprechend den Analysen des Mann-Whitney-U-Tests (vgl. Kapitel 11.3.1.5.2), ein signifikanter Einfluss des Erhebungszeitpunktes auf den, nach Johnson-Transformation, transformierten Summenscore des WPAZPer. In der graphischen Darstellung der Auswertung des SUMWPAZPer_Johnson mittels zweifaktorieller ANOVA wird deutlich, dass von diesen Verbesserungen alle drei Studiengruppen in etwa gleich stark betroffen sind (vgl. Abbildung 11-2).

Die Interventionsgruppe der Patient*innen mit MH unterscheidet sich folglich nicht von den beiden Vergleichsgruppen in Bezug auf die Entwicklung des Summenscores des WPAZPer von T0 zu T1.

Auswertung des, nach Johnson-Transformation, transformierten Summscores des WPAZPer mittels ANOVA/ANCOVA

Unabhängige Variable	Abhängige Variable	ANOVA					ANCOVA ⁹				
		F	df 1	df2	P	Partielles η^2	F	df 1	df2	P	Partielles η^2
Korrigiertes Modell	SUMWPAZPer_Johnson	0,4606	2	284	<0,001	0,076	4,058	2	149	<0,001	0,165
Erhebungszeitpunkt	SUMWPAZPer_Johnson	15,503	2	284	<0,001	0,052	9,638	2	149	0,002	0,063
Studiengruppe (Kontrollgruppe, Interventionsgruppe mit MH, Interventionsgruppe ohne MH)	SUMWPAZPer_Johnson	0,049	2	284	0,953	0,000	4,175	2	149	0,017	0,055
Interaktion: Erhebung * Studiengruppe	SUMWPAZPer_Johnson	0,828	2	284	0,438	0,006	1,957	2	149	0,145	0,026
GAF-Wert	SUMWPAZPer_Johnson	-	-	-	-	-	2,553	2	149	0,112	0,017
Summscore sozioökonomischer Hintergrund	SUMWPAZPer_Johnson	-	-	-	-	-	0,769	2	149	0,382	0,005

Tabelle 17 Auswertung des nach Johnson-Transformation, transformierten Summscores des WPAZPer mittels ANOVA/ ANCOVA

⁹ Der Einfluss der Kovariaten wird in einem gesonderten Kapitel dargelegt (s. Kapitel 11.3.1.5.3.2.2)

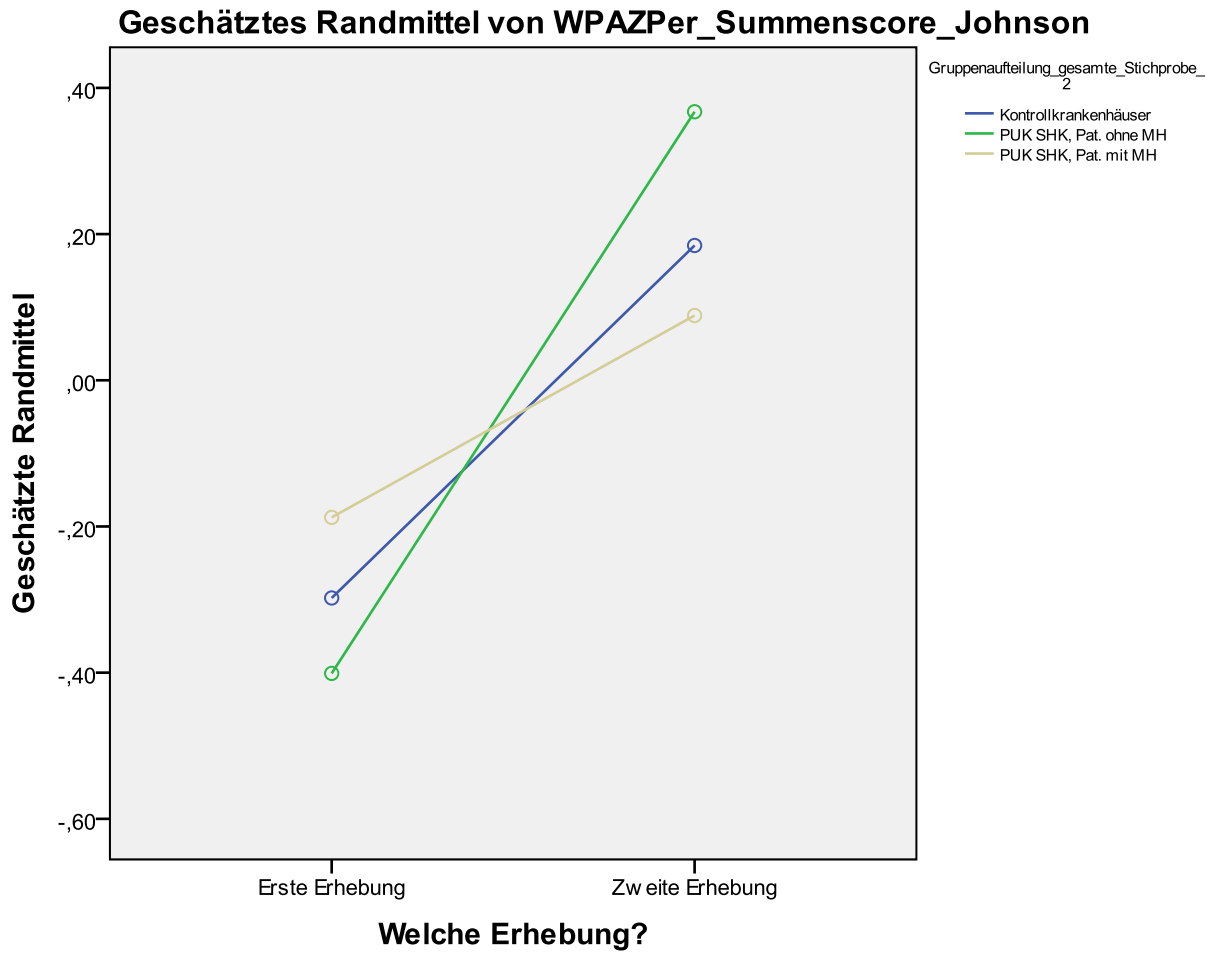


Abbildung 11-2 Entwicklung der Zufriedenheit mit der Behandlung nach Personaleinschätzung anhand der Testung des Summscores des WPAZPer in den drei Studiengruppen zu T0 und T1 mittels ANOVA

11.3.1.5.3.2.2 Confounderanalyse zur Zufriedenheit mit der Behandlung nach Personaleinschätzung

In der Personaleinschätzung zeigte sich kein signifikanter Einfluss des sozioökonomischen Hintergrundes und des Erkrankungsschweregrads nach GAF auf die Zufriedenheit mit der Behandlung, gemessen am, nach Johnson-Transformation, transformierten Summenscore des WPAZPer (Tabelle 18).

Einfluss des Erkrankungsschweregrads und des sozioökonomischen Hintergrunds auf den, nach Johnson-Transformation, transformierten Summenscore des WPAZPer in der Analyse mittels ANCOVA

Kovariate	Abhängige Variable	F	df1	df2	P	Partielles η^2
Korrigiertes Modell	SUMWPAZPer_Johnson	4,058	2	149	<0,001	0,165
Score zum sozioökonomischen Hintergrund	SUMWPAZPer_Johnson	0,769	2	149	0,382	0,005
GAF-Wert	SUMWPAZPer_Johnson	2,553	2	149	0,112	0,017

Tabelle 18 Einfluss des Erkrankungsschweregrads und des sozioökonomischen Hintergrunds auf die Testergebnisse des, nach Johnson-Transformation, transformierten Summenscores des WPAZPer in der Analyse mittels ANCOVA

11.3.2 Haupthypothese 2: Entwicklung der Qualität der therapeutischen Beziehung nach Einführung der Recovery-Orientierung

11.3.2.1 Zweite Nullhypothese

Im Folgenden soll die zweite Haupthypothese, anhand der Prüfung der folgenden Nullhypothese, untersucht werden:

Zwischen dem Erhebungszeitpunkt 2011 (T1) - nach Einführung der Recovery-Orientierung in die PUK SHK - und dem Erhebungszeitpunkt 2010 (T0) – vor Einführung der Recovery-Orientierung in die PUK SHK - gibt es, bezogen auf die Gruppe der Patient*innen mit Migrationshintergrund, keinen signifikanten Unterschied in der Entwicklung der Zielvariablen des WAI (Working Alliance Inventory, Fragebogen zur Qualität der therapeutischen Beziehung, insbesondere der Subskalen: Entwicklung einer affektiven Bindung, Übereinstimmung hinsichtlich der zu bewältigenden Aufgaben, Übereinstimmung hinsichtlich der Ziele der Therapie) im Vergleich zur externen Kontrollgruppe, bzw. im Vergleich zur Interventionsgruppe ohne MH.

11.3.2.2 Berechnung des Summenscores und der Subskalen des WAI (Fragebogen zur Qualität der therapeutischen Beziehung)

Die beiden negativ formulierten Items, 4 und 10, des WAI wurden, den anderen, positiv formulierten Items entsprechend, umcodiert. Resultierend codiert ein hoher Wert in den Einzelitems mit einer hohen therapeutischen Allianz. Die Gesamtsummenscore SUMWAIP (Gesamtsummenscore der Patient*innenversion des Fragebogens) und SUMWAIPer (Gesamtsummenscore der Personalversion des Fragebogens) wurden als Summe aus allen gültig beantworteten Items berechnet. Die drei bekannten Subskalen des WAI, Ziele (WAI_Zi: Item 4, 6, 10, 11), Prozess (WAI_Pr: Item 1, 2, 8, 12) und Bindung (WAI_Bi: Item 3, 5, 7, 9) (Tracey & Kokotovic, 1989), wurden als Summenscores aus den entsprechenden gültig beantworteten Items berechnet. In den Berechnungen mittels ANOVA/ ANCOVA und MANOVA/ MANCOVA wurden aufgrund der Verletzung von statistischen Voraussetzungen die Gesamtsummenscores (SUMWAIP_Johnson und SUMWAIPer_Johnson) und Subskalensummenscores (WAIP/T_Zi_Johnson, WAIP/T_Pr_Johnson, WAIP/T_Bi_Johnson) nach Johnson transformiert.

11.3.2.3 Anzahl gültiger Datensätze

In den Auswertungen des WAI konnten die in Tabelle 19 aufgeführten gültigen Datensätze ausgewertet werden.

Deskriptive Statistik zur Auswertung des Gesamtsummenscores und der Subskalen des WAI - Anzahl gültiger Datensätze			
Studiengruppe	Erhebungszeitpunkt	N	
		WAIP	WAIPer
Externe Kontrollgruppe	1. Erhebung	59	52
	2. Erhebung	70	76
	Gesamt	129	128
Interventionsgruppe ohne MH	1. Erhebung	42	37
	2. Erhebung	58	42
	Gesamt	100	79
Interventionsgruppe mit MH	1. Erhebung	24	22
	2. Erhebung	17	15
	Gesamt	41	37
Gesamt	1. Erhebung	125	111
	2. Erhebung	145	133
	Gesamt	270	244

Tabelle 19 Gesamtsummenscore und Subskalen des WAI - Anzahl gültiger Datensätze

11.3.2.4 Prüfung der Voraussetzungen zur Auswertung der Gesamtsummscores des Fragebogens zur Qualität der therapeutischen Beziehung

11.3.2.4.1 Prüfung der statistischen Voraussetzungen zur Auswertung der Summscores des Fragebogens zur Qualität der therapeutischen Beziehung (Working Alliance Inventory) - Test auf Normalverteilung

Die Gesamtsummscores des WAIP (Fragebogen zur Qualität der therapeutischen Beziehung - Patient*innenversion) und WAIT (Fragebogen zur Qualität der therapeutischen Beziehung -Personalversion) wurden auf Normalverteilung in den 6 Studiengruppen (Interventionsgruppen mit und ohne MH zum jeweils ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt sowie externe Kontrollgruppe zum jeweils ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt) getestet. Da unter Testung der Originaldaten einige leichte Abweichungen von der Normalverteilung bestanden, erfolgte eine Transformation der Gesamtsummscores nach Johnson. Die Normalverteilung wurde erneut graphisch mittels Q-Q-Plot und anhand des Normalverteilungstests, Kolmogorov-Smirnov-Test, getestet. Es zeigte sich in den Q-Q-Plots der transformierten Gesamtsummscores des WAIP und des WAIT eine annähernde Normalverteilung der Testwerte in den sechs Studiengruppen mit nur leichten Abweichungen von der Normalverteilungsgeraden. Im Kolmogorov-Smirnov-Test zeigte sich, bezogen auf den Summscore des WAIP, ein signifikantes Testergebnis für die Interventionsgruppe ohne MH (vgl. Tabelle 20). Alle anderen Studiengruppen zeigten in Bezug auf die Gesamtsummscores des WAIP und WAIT im Kolmogorov-Smirnov-Test nicht signifikante Testergebnisse und somit normalverteilte Gesamtsummscores. In der folgenden Tabelle werden ausschließlich die signifikanten Testergebnisse des Kolmogorov-Smirnov-Tests ausführlich aufgeführt.

Übersicht signifikanter Testergebnisse im Kolmogorov-Smirnov-Test der Summscores des WAI

Studiengruppe	Abhängige Variable	N (T0)	Statistik	df	P
Erste Erhebung, Interventionsgruppe ohne MH	SUMWAIP	42	0,138	42	0,043
Alle Studiengruppen bis auf die Interventionsgruppe ohne MH	SUMWAIP				>0,05
In allen Studiengruppen	SUMWAIT				>0,05

Tabelle 20 Übersicht signifikanter Testergebnisse im Kolmogorov-Smirnov-Test bezogen auf die Summscores des WAI

Hinsichtlich des, in der Tabelle 20 genannten, Gesamtsummscores SUMWAIP wies der Kolmogorov-Smirnov-Test auf eine Verletzung der Normalverteilungsannahme in der Interventionsgruppe ohne MH hin. Insbesondere bei großen Stichproben, wie hier

vorliegend, erhält man mit diesem Test, aufgrund der hohen statistischen Power, schon bei sehr kleinen Abweichungen von der Normalverteilung signifikante Ergebnisse. Insbesondere bei großen Stichproben, wie in dieser Untersuchung der Fall (vgl. Tabelle 19), sollte dieser Test daher nicht zur Testung der Normalverteilung verwendet werden (Field, 2009: S. 139). Die Verletzung der Normalverteilung ist daher, angesichts der weitestgehend vorliegenden Normalverteilung in der graphischen Testung, vernachlässigbar.

In den weiteren Auswertungen sind, aufgrund der oben genannten vernachlässigbaren Verletzung der Normalverteilung für SUMWAIP in der Interventionsgruppe ohne MH, erste Erhebung, die Berechnungen mittels ANOVA für den Summenscore des WAIP mit Vorsicht zu interpretieren und werden zusätzlich mittels Mann-Whitney-U-Test analysiert. Die im Folgenden angewendeten parametrischen Verfahren gelten zwar in Bezug auf die Verletzung der Normalverteilungsannahme als robust (Norman, 2010), (Glass et al., 1972). Die genannten Quellen wurden allerdings in Folgeanalysen in Frage gestellt (Field, 2009: S. 359). Nach Field (Field, 2009: S. 359) besteht Robustheit gegenüber der Verletzung der Normalverteilungsannahme bei Vorliegen gleicher Stichprobengrößen. Gleiche Stichprobengrößen liegen in Bezug auf den Summenscore des WAIP in dieser Studie allerdings nicht vor.

11.3.2.4.2 Prüfung der statistischen Voraussetzungen für die Durchführung einer ANOVA/ANCOVA der Gesamtsummscores zur Qualität der therapeutischen Beziehung

Die Voraussetzungen zur Durchführung einer ANOVA/ANCOVA des Gesamtsummscores des WAIP (Fragebogen zur Qualität der therapeutischen Beziehung – Patient*innenversion) zeigten sich, bis auf die Verletzung der Normalverteilungsannahme für SUMWAIP für die Interventionsgruppe ohne MH zum ersten Erhebungszeitpunkt (vgl. Tabelle 20) vollständig erfüllt. Es ließen sich in der graphischen Darstellung mittels Boxplot, der, nach Johnson-Transformation, transformierten Gesamtsummscores, keine extremen Ausreißer in den sechs Studiengruppen (Interventionsgruppen mit ohne und MH zu jeweils T0 und T1 und der externen Kontrollgruppe zu T0 und T1) finden. Im Levene-Test bestand für die, nach Johnson-Transformation, transformierten Gesamtsummscores des WAIP, Varianzhomogenität.

Bezüglich des, nach Johnson-Transformation, transformierten Gesamtsummenscores des WAIT (Fragebogen zur Qualität der therapeutischen Beziehung – Therapeut*innenversion) ließen sich, in der graphischen Darstellung mittels Boxplot, ebenfalls keine extremen Ausreißer in den sechs Studiengruppen (Interventionsgruppen mit ohne und MH zu jeweils T0 und T1 und der externen Kontrollgruppe zu T0 und T1) finden. Im Levene-Test zeigte sich allerdings die Voraussetzung der Varianzhomogenität (ANOVA: Levene-Test: $F(5, 272)=4,845$, $p<0,001$; ANCOVA: Levene-Test: $F(5, 161)=5,565$, $p<001$) nicht erfüllt. Eine Verletzung der Voraussetzung der Varianzhomogenität erhöht die Wahrscheinlichkeit für einen Fehler erster Art. Bei gleichen Stichprobengrößen gelten die ANOVA/ ANCOVA gegenüber der Verletzung der Varianzhomogenität als robust (Norman, 2010), (Glass et al., 1972), (Field, 2009: S. 359). In der vorliegenden Untersuchung liegen keine gleich großen Stichprobengrößen vor. Tabachnick und Fidell (Tabachnick et al., 2001) deuten allerdings darauf hin, dass die Wahrscheinlichkeitswerte der ANOVA/ANCOVA konservativ sind, wenn die größten Studiengruppen die größten Varianzen produzieren. Betrachtet man die Standardabweichung des Gesamtsummenscores des WAIT, kann hieran die Varianzhomogenität abgelesen werden, da es sich bei der Standardabweichung um die Wurzel aus der Varianz handelt. Die Standardabweichung zeigte sich in Bezug auf den Gesamtsummenscore des WAIT in der externen Kontrollgruppe am größten, bei der es sich auch um die größte Studiengruppe handelt (vgl. Tabelle 21). Folglich sollte die hiesige Analyse mittels ANOVA/ ANCOVA, trotz Verletzung der Voraussetzung der Varianzhomogenität, konservative Testergebnisse erzielen.

Vergleich der Standardabweichung / Varianz in den drei Studiengruppen bezogen auf den Gesamtsummenscore des WAIT

Abhängige Variable	Studiengruppe	N	Mittelwert	Standardabweichung
SUMWAIT	Externe Kontrollgruppe	140	-0,044	1,109
	Interventionsgruppe ohne MH	87	0,068	0,788
	Interventionsgruppe mit MH	51	-0,062	0,705

Tabelle 21 Vergleich der Standardabweichung, als Maß für die Varianz, für den Gesamtsummenscore des WAIT in den drei Studiengruppen

11.3.2.5 Statistische Methoden zur Auswertung des WAI-Gesamtsummenscores und der WAI-Subskalen

Die Gesamtsummenscores (SUMWAIP – Gesamtsummenscore der Patient*innenversion und SUMWAIT – Gesamtsummenscore der Therapeut*innenversion des WAI - Fragebogen zur Qualität der therapeutischen Beziehung) wurden, aufgrund der ursprünglich ordinalen Skalierung (7-Punkte-Likert-Skala), zunächst, mittels Mann-Whitney-

U-Test, auf signifikante Unterschiede in den drei Studiengruppen (Interventionsgruppen mit und ohne MH sowie externe Kontrollgruppe) zum Zeitpunkt T0 geprüft. Es wurde eine Testung auf signifikante Unterschiede innerhalb der drei Studiengruppen (Interventionsgruppen mit und ohne MH sowie externe Kontrollgruppe) zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten, T0 und T1, mittels Mann-Whitney-U-Test angeschlossen.

Daraufhin folgte eine Analyse der Gesamtsummenscores des WAIP und des WAIT mittels ANOVA/ANCOVA, um das Vorliegen eines signifikanten Einflusses der Interaktion der Faktoren Erhebungszeitpunkt und Gruppenzugehörigkeit, zu prüfen. Hierdurch konnte festgestellt werden, ob sich die Entwicklung der Testergebnisse von T0 zu T1 zwischen den drei Studiengruppen (Interventionsgruppen mit und ohne MH sowie der externen Kontrollgruppe) unterschied. Weiterhin wurde in dieser Berechnung der Einfluss eines Summenscores zum sozioökonomischen Hintergrund¹⁰ und der Einfluss des Schweregrads der Erkrankung, ermittelt. Für die Analyse der Interaktion zweier Faktoren steht in SPSS kein nicht-parametrisches Verfahren zur Verfügung, so dass ein parametrisches Verfahren angewendet werden musste. Zudem weisen ANOVA/ANCOVA als parametrische Verfahren, bei Vorliegen einer Normalverteilung, eine höhere statistische Power im Vergleich zu einem nicht-parametrischen Verfahren auf (Finch, 2005). Die verwendeten parametrischen Verfahren gelten in der Analyse von Likert-Skalen als robust (Norman, 2010).

Für die Testung der Subskalen des WAI wurde im Weiteren eine MANOVA/ MANCOVA verwendet, da diese die Möglichkeit bietet, mehrere abhängige Variablen gleichzeitig zu testen und, die somit, gegenüber der Durchführung einzelner ANOVAS/ANCOVAS, eine höhere statistische Power aufweist. Gegenüber multipler ANOVAS/ANCOVAS reduziert die Anwendung einer MANOVA/ MANCOVA die Wahrscheinlichkeit für einen Fehler 1. Art (Finch, 2005), (Tabachnick et al., 2001).

11.3.2.6 Berechnungen zur Qualität der therapeutischen Beziehung

11.3.2.6.1 Statistische Unterschiede in den drei Studiengruppen zu T0 bezogen auf die Zielvariablen des WAI

In Pretests erfolgte die Ermittlung signifikant unterschiedlicher Testwerte des WAI zwischen den drei Studiengruppen (Interventionsgruppe mit und ohne MH und externe

¹⁰ Es handelt sich um denselben Summenscore wie beschrieben in der Fußnote 6.

Kontrollgruppe) zum Zeitpunkt T0. Der Gesamtsummenscore und die Subskalen des WAI wurden mittels Mann-Whitney-U-Test getestet. Ein hoher Median ist Ausdruck von einer durchschnittlich positiveren Evaluation der evaluierten Skala.

Zwischen der externen Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe mit MH bestanden zum Zeitpunkt T0 bezogen auf die Zielvariablen des WAI keine signifikanten Unterschiede.

Die signifikanten Unterschiede zwischen den weiteren Gruppen werden in den folgenden Tabellen (Tabelle 22 und Tabelle 23) dargestellt.

Signifikante Unterschiede zwischen der externen Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe ohne MH im Mann-Whitney-U-Test zum Erhebungszeitpunkt T0

Abhängige Variable	N	U	z-Score	P	R	Median Interventionsgruppe ohne MH	Median externe Kontrolle
WAIP_Pr	111	1082	-2,372	0,018	-0,225	22,14	19,42
WAIT_Zi	99	867	-2,242	0,025	-0,225	19,15	17

Tabelle 22 Signifikante Unterschiede zwischen der externen Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe ohne MH im Mann-Whitney-U-Test zum Erhebungszeitpunkt T0

Signifikante Unterschiede zwischen der Interventionsgruppe ohne und mit MH im Mann-Whitney-U-Test zum Erhebungszeitpunkt T0

Abhängige Variable	N	U	z-Score	P	R	Median Interventionsgruppe mit MH	Median Interventionsgruppe ohne MH
WAIP_Zi	69	393	-1,966	0,049	-0,237	18,28	20,91
WAIT_Zi	65	354	-1,986	0,047	-0,246	17,24	19,15

Tabelle 23 Signifikante Unterschiede zwischen den Interventionsgruppen im Mann-Whitney-U-Test zum Erhebungszeitpunkt T0

11.3.2.6.2 Entwicklung der Gesamtsummenscores zur Qualität der therapeutischen Beziehung nach Einführung der Recovery-Orientierung

11.3.2.6.2.1 Entwicklung der Gesamtsummenscores zur Qualität der therapeutischen Beziehung nach Einführung der Recovery-Orientierung innerhalb der drei Studiengruppen

Aufgrund der leichten Verletzung der Voraussetzung der Normalverteilung für SUMWAIP in der Interventionsgruppe ohne MH und aufgrund der ursprünglich ordinalen Skalierung des WAI, erfolgte zunächst eine Analyse der Gesamtsummenscores des WAI mittels Mann-Whitney-U-Test. Für die Auswertung mittels Mann-Whitney-U-Test wurden die nicht transformierten Summenscores des WAIP und WAIT verwendet. Es erfolgte ein Vergleich der Summenscores des WAI innerhalb der drei Studiengruppen (Interventionsgruppe mit

und ohne MH und der externen Kontrollgruppe) zwischen den Erhebungszeitpunkten T0 und T1.

Innerhalb der drei Studiengruppen zeigten sich in dieser Analyse keine signifikanten Veränderungen der Gesamtsummenscores des WAI nach Einführung der Recovery-Orientierung, resp. des Weddinger Modells (vgl. Tabelle 24).

Auswertung der Gesamtsummenscores des WAI mittels Mann-Whitney-U-Test: Vergleich innerhalb der drei Studiengruppen zwischen T0 und T1

Abhängige Variable	Studiengruppe	N T0	N T1	U	z-Score	P	R	Median T0	Median T1
SUMWAIP	Interventionsgruppe mit MH	24	17	147	-1,51	0,131	-0,246	57,5	72
	Interventionsgruppe ohne MH	42	58	1088,5	-0,905	0,366	-0,091	64	69
	Externe Kontrollgruppe	59	70	2041,5	-0,111	0,911	-0,01	63	61
SUMWAIT	Interventionsgruppe mit MH	24	27	278	-0,869	0,385	-0,122	56	56
	Interventionsgruppe ohne MH	40	47	848,5	-0,78	0,435	-0,084	61,5	59
	Externe Kontrollgruppe	59	81	2287	-0,433	0,665	-0,037	56	59

Tabelle 24 Auswertung der Gesamtsummenscores des WAI mittels Mann-Whitney-U-Test: Vergleich innerhalb der drei Studiengruppen zwischen T0 und T1

11.3.2.6.2.2 Entwicklung der Gesamtsummenscores zur Qualität der therapeutischen Beziehung nach Einführung der Recovery-Orientierung – Studiengruppen im Vergleich

Die Gesamtsummenscores des WAI wurden zur Identifizierung einer unterschiedlichen Entwicklung in Bezug auf die Summenscores des WAI in den drei Studiengruppen (Interventionsgruppe mit und ohne MH sowie die externe Kontrollgruppe) mittels ANOVA/ANCOVA ausgewertet. Zur Identifikation einer unterschiedlichen Entwicklung in den drei Studiengruppen wurden die Gesamtsummenscores des WAI auf einen signifikanten Einfluss der Interaktion Gruppenzugehörigkeit/ Erhebungszeitpunkt hin getestet. Des Weiteren wurde in einer ANCOVA der Einfluss von zwei Kovariaten, zum sozioökonomischen Hintergrund (Summscore zum sozioökonomischen Hintergrund) einerseits und zum Erkrankungsschweregrad (GAF-Wert) andererseits, untersucht.

In der Auswertung mittels ANOVA zeigte die Interaktion der Faktoren Studiengruppe (Interventionsgruppe mit oder ohne MH oder externe Kontrollgruppe) und Erhebungszeitpunkt (vgl. Tabelle 25) keinen signifikanten Einfluss auf die Gesamtsummenscores des WAI. Es zeigte sich somit kein signifikanter Unterschied in der Entwicklung der Gesamtsummenscores des WAI in der Interventionsgruppe mit MH im Vergleich zur Interventionsgruppe ohne MH und im Vergleich zur externen Kontrollgruppe

nach Einführung der Recovery-Orientierung, resp. nach Einführung des Weddinger Modells. In der ANCOVA zeigte sich, bei deutlich reduzierter Fallzahl, eine Tendenz für eine signifikante Interaktion für die Faktoren Studiengruppe/ Erhebungszeitpunkt in Bezug auf den Summscore des WAIP (vgl. Tabelle 25). Es handelte sich um einen Effekt kleiner Effektstärke (vgl. Tabelle 25). Die Entwicklung der Testergebnisse des SUMWAIP werden in Abbildung 11-4 graphisch dargestellt. In einer Post-Hoc-Testung, die aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht genauer aufgeführt wird, wurde deutlich, dass dieser Effekt sowohl auf eine unterschiedliche Entwicklung von SUMWAIP zwischen der Interventionsgruppe der Patient*innen mit MH und der Interventionsgruppe ohne MH zurückgeführt werden konnte, als auch auf einen Unterschied zwischen der Interventionsgruppe mit MH und der externen Kontrollgruppe, die zu beiden Erhebungszeitpunkten niedrigere Testergebnisse als die Interventionsgruppe mit MH zeigte.

Der GAF-Wert zeigte einen signifikanten Einfluss auf den Summscore des WAIT (vgl. Tabelle 25).

Auswertungen der Gesamtsummscores des WAI mittels ANOVA

Unabhängige Variable	Abhängige Variable	ANOVA						
		N T0	N T1	F	df1	df2	P	Partielles η^2
Korrigiertes Modell	SUMWAIP_Johnson	125	145	1,961	5	267	0,085	0,036
	SUMWAIT_Johnson	123	155	0,319	5	275	0,901	0,006
Erhebungszeitpunkt	SUMWAIP_Johnson	125	145	2,398	1	268	0,123	0,009
	SUMWAIT_Johnson	123	155	0,09	1	276	0,765	<0,001
Studiengruppe (Interventionsgruppe der Patient*innen mit MH, Interventionsgruppe der Patient*innen ohne MH, externe Kontrollgruppe)	SUMWAIP_Johnson	125	145	3,164	2	267	0,044	0,023
	SUMWAIT_Johnson	123	155	0,496	2	275	0,610	0,004
Interaktion Erhebungszeitpunkt * Studiengruppe	SUMWAIP_Johnson	125	145	0,992	2	268	0,372	0,007
	SUMWAIT_Johnson	123	155	0,311	2	276	0,712	0,002

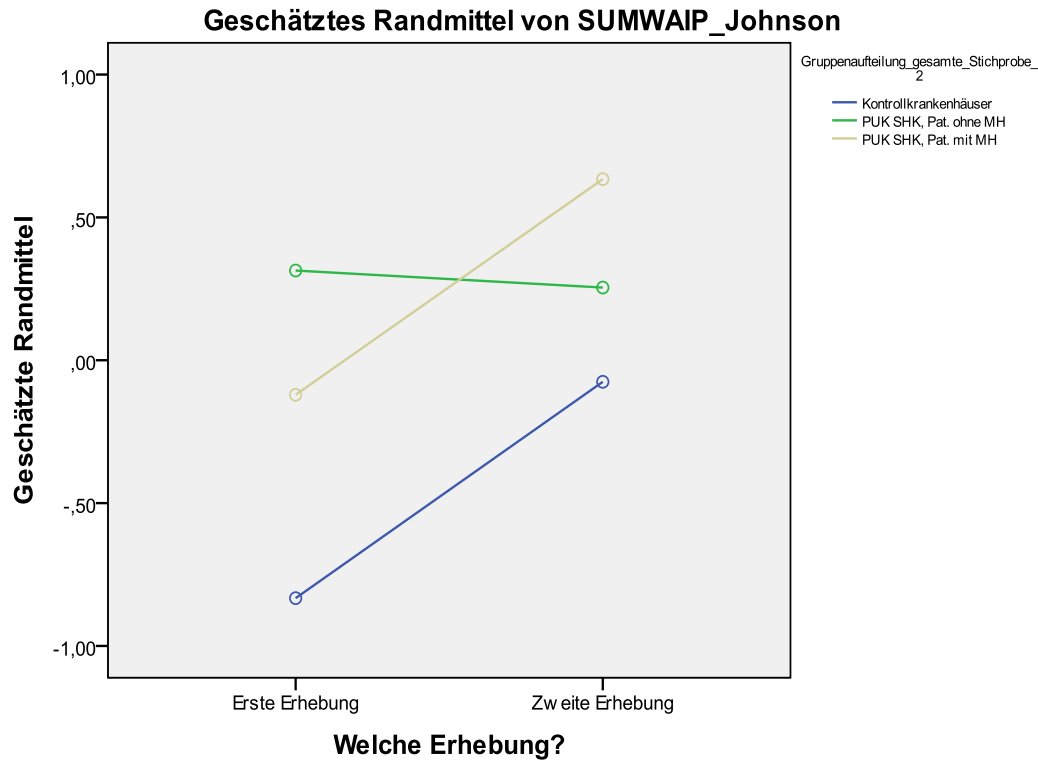
Tabelle 25 Auswertung der Gesamtsummscores des WAI mittels ANOVA/ ANCOVA

Auswertungen der Gesamtsummscores des WAI mittels ANCOVA

Unabhängige Variable	Abhängige Variable	ANCOVA						
		N T0	N T1	F	df1	df2	P	Partielles η^2
Korrigiertes Modell	SUMWAIP_Johnson	48	101	2,597	5	146	0,015	0,114
	SUMWAIT_Johnson	50	117	1,807	5	164	0,089	0,074
Erhebungszeitpunkt	SUMWAIP_Johnson	48	101	6,814	1	147	0,010	0,046
	SUMWAIT_Johnson	50	117	0,002	1	165	0,966	<0,001
Studiengruppe (Interventionsgruppe der Patient*innen mit MH, Interventionsgruppe der Patient*innen ohne MH, externe Kontrollgruppe)	SUMWAIP_Johnson	48	101	6,769	2	146	0,002	0,088
	SUMWAIT_Johnson	50	117	0,226	2	164	0,798	0,003
Interaktion Erhebungszeitpunkt * Studiengruppe	SUMWAIP_Johnson	48	101	2,704	2	147	0,070	0,037
	SUMWAIT_Johnson	50	117	0,109	2	165	0,897	0,001
Summscore sozioökonomischer Hintergrund	SUMWAIP_Johnson	48	101	,047	1	148	0,828	<0,001
	SUMWAIT_Johnson	50	117	0,511	1	166	0,476	0,003
GAF-Wert	SUMWAIP_Johnson	48	101	,087	1	148	0,769	0,001
	SUMWAIT_Johnson	50	117	11,013	1	166	0,001	0,065

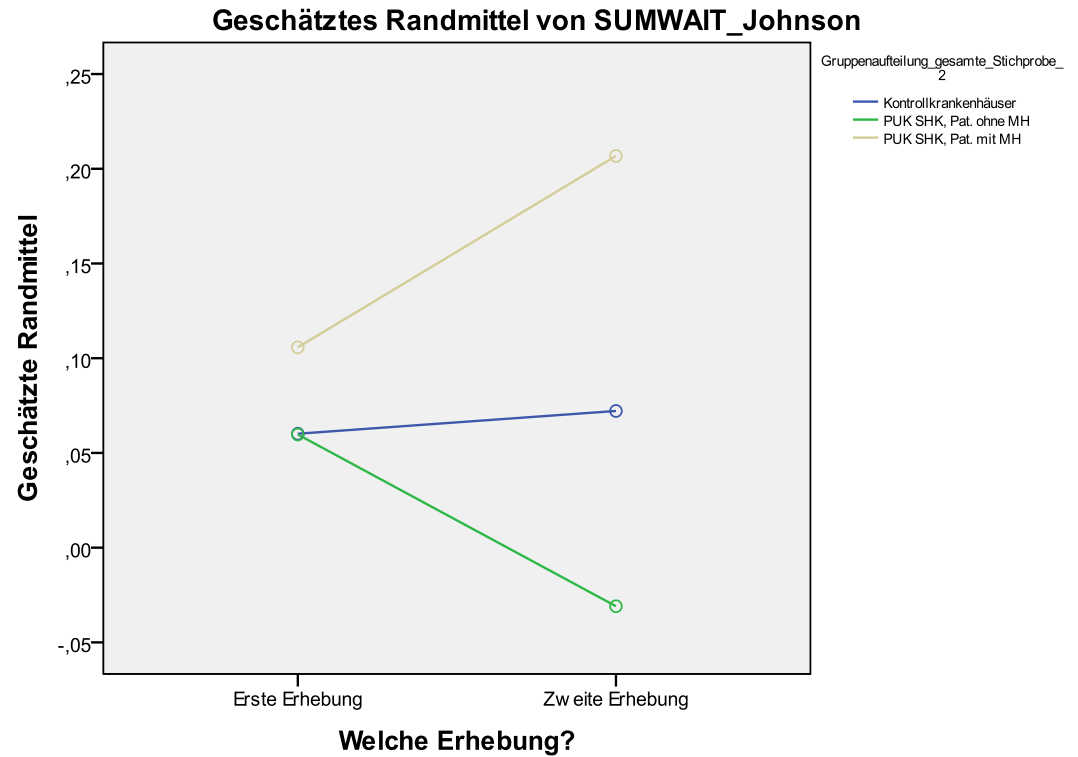
Tabelle 26 Auswertung der Gesamtsummscores des WAI mittels ANCOVA

Es zeigte sich ein signifikanter Haupteffekt für den Faktor Studiengruppe für SUMWAIP in der ANOVA (vgl. Tabelle 25 und Abbildung 11-4). Darüber hinaus zeigte sich, bei einer deutlich reduzierten Fallzahl, in der ANCOVA ein signifikanter Haupteffekt für den Erhebungszeitpunkt und die Studiengruppe für SUMWAIP_Johnson. Aufgrund der fehlenden Relevanz der Haupteffekte für die in dieser Arbeit untersuchte Fragestellung, wird die gefundenen Haupteffekte nicht ausführlich eingegangen. Die Entwicklung der Testwerte der ANOVA können in der Abbildung 11-4 und Abbildung 11-3 nachvollzogen werden. Die Ergebnisse der Analyse der ANOVA der Gesamtsummscores des WAIT werden, trotz fehlender signifikanter Veränderungen für SUMWAIT_Johnson zur Verbesserung der Anschaulichkeit der Studienergebnisse in Abbildung 11-3 ebenfalls graphisch dargestellt.



Die Kovariaten im Modell werden anhand der folgenden Werte berechnet: Summenscore mit Einkünften, Ausbildungsjahren, Beschäftigungsjahren, Status Berufsausbildung, Status Letztätigkeit, Status Eltern Beruflich, Status Abschluss = 11,0671, GAF_Wert = 59,12

Abbildung 11-4 Entwicklung des, nach Johnson-Transformation, transformierten Gesamtsummenscore des WAIP



Die Kovariaten im Modell werden anhand der folgenden Werte berechnet: Summenscore mit Einkünften, Ausbildungsjahren, Beschäftigungsjahren, Status Berufsausbildung, Status Letztätigkeit, Status Eltern Beruflich, Status Abschluss = 11,0120, GAF_Wert = 57,95

Abbildung 11-3 Entwicklung des, nach Johnson-Transformation, transformierten Gesamtsummenscore des WAIT

11.3.2.7 Auswertung der Subskalen des WAI

11.3.2.7.1 Prüfung der statistischen Voraussetzungen zur Auswertung der Subskalen des Fragebogens zur Zufriedenheit mit der Behandlung

11.3.2.7.1.1 Prüfung der statistischen Voraussetzungen zur Auswertung der Subskalen des Fragebogens zur Qualität der therapeutischen Beziehung (Working Alliance Inventory) – Test auf Normalverteilung

Die Subskalen des WAI (Fragebogen zur Qualität der therapeutischen Beziehung) wurden auf Normalverteilung in den 6 Studiengruppen (Interventionsgruppen mit und ohne MH, zum jeweils ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt, sowie externe Kontrollgruppe, zum jeweils ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt) getestet. Da unter Testung der Originaldaten einige leichte Abweichungen von der Normalverteilung bestanden, erfolgte eine Transformation der Subskalen des WAI nach Johnson. Die Normalverteilung wurde erneut graphisch mittels Q-Q-Plot und anhand des Normalverteilungstest, Kolmogorov-Smirnov-Test, getestet. Es zeigte sich in den Q-Q-Plots der transformierten Subskalen des WAIP und des WAIT eine annähernde Normalverteilung der Testwerte in den sechs Studiengruppen mit nur leichten Abweichungen von der Normalverteilungsgeraden. Im Kolmogorov-Smirnov-Test zeigten sich, bezogen auf die Subskalen des WAIP und WAIT, vereinzelt signifikante Testergebnisse in den sechs Studiengruppen. Diese werden in der Tabelle 20 aufgeführt. Alle nicht aufgeführten Studiengruppen zeigten in Bezug auf die Subskalen im Kolmogorov-Smirnov-Test nicht signifikante Testergebnisse und somit normalverteilte abhängige Variablen.

Übersicht signifikanter Testergebnisse, in den 6 Studiengruppen, im Kolmogorov-Smirnov-Test der Subskalen des WAI

Studiengruppe	Abhängige Variable	N	Statistik	df	P
In allen Studiengruppen	WAIP_Zi				>0,05
Erste Erhebung, externe Kontrolle	WAIP_Pr	59	0,144	59	0,004
Zweite Erhebung, externe Kontrolle		70	0,120	70	0,014
Zweite Erhebung, externe Kontrolle	WAIP_Bi	70	0,107	70	0,044
In allen Studiengruppen	WAIT_Zi				>0,05
In allen Studiengruppen	WAIT_Pr				>0,05
Zweite Erhebung, externe Kontrollgruppe	WAIT_Bi	70	0,127	76	0,004
Zweite Erhebung, Interventionsgruppe ohne MH		58	0,143	42	0,03

Tabelle 27 Übersicht signifikanter Testergebnisse im Kolmogorov-Smirnov-Test bezogen auf die Subskalen des WAI

Hinsichtlich der in Tabelle 20 genannten Subskalen wies der Kolmogorov-Smirnov-Test somit auf eine Verletzung der Normalverteilungsannahme hin. Insbesondere bei großen Stichproben erhält man mit diesem Test, aufgrund der hohen statistischen Power, schon

bei sehr kleinen Abweichungen von der Normalverteilung signifikante Ergebnisse. Insbesondere bei großen Stichproben, wie in dieser Untersuchung der Fall (vgl. Tabelle 19), sollte dieser Test daher nicht zur Testung der Normalverteilung verwendet werden (Field, 2009: S. 139).

In den weiteren Auswertungen wird aufgrund der Verletzung der Normalverteilungsannahme zunächst ein nicht-parametrisches Verfahren zur Auswertung der Daten angewendet. Im Anschluss erfolgt ein parametrisches Verfahren zur Testung von Interaktionseffekten und zur Testung des Einflusses von Kovariaten. Hinsichtlich der Subskalen des WAI, für die der Kolmogorov-Smirnov-Test auf eine Verletzung der Normalverteilungsannahme hindeutet, muss die Interpretation der Testergebnisse der parametrischen Testung mit Vorsicht erfolgen. Da sich in der graphischen Testung mittels Q-Q-Plot die Subskalen des WAI allerdings annähernd normalverteilt gezeigt hatten, wird davon ausgegangen, dass sich hieraus keine ausgeprägten Verfälschungen der Testergebnisse ergeben werden. Zudem gelten die im Folgenden angewendeten parametrischen Verfahren, in Bezug auf die Verletzung der Normalverteilungsannahme, als robust (Norman, 2010).

11.3.2.7.1.1.1 Prüfung der statistischen Voraussetzungen für die Analyse der Subskalen des Fragebogen zur Qualität der therapeutischen Beziehung mittels MANOVA/MANCOVA

Die Testung einer multivariaten Normalverteilung, als Voraussetzung zur Durchführung einer MANCOVA/ MANOVA, kann in SPSS nicht erfolgen (StatistikGuru, 2015-2021c). Stattdessen wurde, auf Literaturempfehlungen basierend (Field, 2009: S. 604), (StatistikGuru, 2015-2021b), in Kapitel 11.3.2.7.1.1 die Voraussetzung einer univariaten Normalverteilung getestet. Die Annahme der univariaten Normalverteilung hatte sich im Q-Q-Plot sowie im Kolmogorov-Smirnov-Test für die, nach Johnson-Transformation, transformierten Subskalen teilweise erfüllt, teilweise nicht erfüllt, gezeigt (vgl. Kapitel 11.3.2.7.1.1.1).

In der graphischen Testung mittels Boxplot der, nach Johnson-Transformation, transformierten Subskalen des WAI zeigte sich in den 6 Studiengruppen ein einziger extremer univariater Ausreißer für WAIT_Pr in der Studiengruppe der Interventionsgruppe ohne MH. Um die Stichprobengröße und die statistische Power nicht zu verringern, wurde der Ausreißer nicht von der weiteren Analyse ausgeschlossen (StatistikGuru, 2015-2021a).

Multivariate Ausreißer wurden für die Subskalen des WAIP und des WAIT nicht gefunden, gemessen durch die Mahalanobis-Distanz ($p > 0,001$).

In der graphischen Testung auf Linearität zeigte sich diese in den sechs Studiengruppen für alle Subskalen des WAIP und des WAIT erfüllt. Die Korrelationen der transformierten Subskalen des WAIP ($r = 0,661 - 0,702$) und des WAIT ($r = 0,658 - 0,698$) waren gering, was darauf hindeutet, dass Multikollinearität die Analyse nicht konfundiert hat.

Im Levene-Test bestand bei der Durchführung der MANOVA/MANCOVA für die, nach Johnson-Transformation, transformierten Subskalen des WAIP, Varianzhomogenität. In Bezug auf den WAIT zeigten, sowohl der Levene-Test, als auch der Box-M-Test (s. u.), signifikante Testergebnisse für die, nach Johnson-Transformation, transformierten Subskalen des WAIT in der Testung mittels MANOVA. Eine ausführliche Übersicht des Levene-Tests im Rahmen der Durchführung der Testung der Subskalen des WAI mittels MANOVA erfolgt in Tabelle 28.

Übersicht der Ergebnisse zur Testung der Varianzhomogenität im Levene-Test der Subskalen des WAI

Abhängige Variable	N	F	Df1	Df2	P
WAIP_Bi_Johnson					>0,05
WAIP_Pr_Johnson					>0,05
WAIP_Zi_Johnson					>0,05
WAIT_Bi_Johnson	244	2,635	5	238	0,024
WAIT_Pr_Johnson	244	2,970	5	238	0,013
WAIT_Zi_Johnson	244	3,353	5	238	0,006

Tabelle 28 Übersicht der Ergebnisse zur Testung der Varianzhomogenität im Levene-Test der Subskalen des WAI

Der signifikante Levene-Test liefert einen Hinweis auf Varianzinhomogenität. Für zwei der drei Subskalen des WAIT bestand auch in der Auswertung mittels MANCOVA Varianzinhomogenität (Levene-Test für WAIT_Bi_Johnson: $F(5, 144) = 3,035$, $p = 0,012$; Levene-Test für WAIT_Zi_Johnson: $F(5, 144) = 4,031$, $p = 0,002$). Die Analysen des WAIT mittels MANOVA/ MANCOVA können daher nur unter Berücksichtigung der Limitationen interpretiert werden (vgl. 11.3.2.7.2.2.2). Bei gleichen Stichprobengrößen und genügend großen Stichproben ist die Verletzung der Homoskedastizität vernachlässigbar (Glass et al., 1972), (Field, 2009: S. 359). Die Stichproben in der vorliegenden Studie sind unterschiedlich groß, da sich der Stichprobenumfang der Studiengruppe der Patient*innen der PUK SHK mit Migrationshintergrund um mehr als den Faktor 1,5 vom Umfang der externen Kontrollgruppe und der Stichprobe der Patient*innen ohne Migrationshintergrund der PUK SHK unterschied. Allerdings liegt, mit $N = 270$ (WAIP) und $N = 244$ (WAIT)

ausgewerteten Datensätzen, ein großer Stichprobenumfang vor. Die Verletzung der Varianzhomogenität erwies sich in den weiteren Auswertungen als vernachlässigbar. Auf die Gründe hierfür, wird in einem der Folgeabschnitte eingegangen (s. Abschnitt 11.3.2.7.2.2).

Der Box-M-Test zeigte für die, nach Johnson-Transformation, transformierten Subskalen des WAIP nicht signifikante Testergebnisse in den Berechnungen mittels MANOVA und MANCOVA. Hinsichtlich der Subskalen des WAIP war die Voraussetzung der Gleichheit der Kovarianzenmatrizen somit erfüllt. In den Analysen der, Johnson-Transformation, transformierten Subskalen des WAIT mittels MANOVA/MANCOVA zeigte der Box-M-Test (MANOVA: Box-M-Test: $p=0,001$; MANCOVA: Box-M-Test: $p=0,005$) signifikante Testergebnisse. In der Literatur gibt es Fürsprecher*innen, dass die Nullhypothese in der Testung mittels Box-M-Test ab einem Signifikanzniveau von $p>0,005$ verworfen werden kann (C. Huberty & M. Petoskey, 2000: S.183-208). Die Voraussetzung der Gleichheit der Kovarianzenmatrizen war hinsichtlich der Subskalen des WAIT somit nicht erfüllt. Bei Verletzung der Voraussetzung der Kovarianzenmatrizen erhöht sich bei ungleichen Gruppengrößen die Wahrscheinlichkeit für einen Fehler 1. Art (Finch, 2005). Je größer die Anzahl der getesteten abhängigen Variablen und je größer die Stichprobengrößen, desto verzerrter sind die von SPSS berechneten Wahrscheinlichkeitswerte (Field, 2009, S. 604). Die Verletzung der Homogenität der Kovarianzenmatrizen erwies sich in den weiteren Auswertungen als vernachlässigbar. Auf die Gründe hierfür, wird in einem der Folgeabschnitte eingegangen (s. Abschnitt 11.3.2.7.2.2).

11.3.2.7.2 Entwicklung der Subskalen zur Qualität der therapeutischen Beziehung nach Einführung der Recovery-Haltung

11.3.2.7.2.1 Entwicklung der Subskalen zur Qualität der therapeutischen Beziehung nach Einführung der Recovery-Haltung – nicht-parametrische Testung

Da die Voraussetzungen der Anwendung eines parametrischen Testverfahrens in der Analyse der Subskalen des WAI nur teilweise erfüllt waren (vgl. Kapitel 11.3.2.7), erfolgte zunächst eine Auswertung der Subskalen des WAI mittels Mann-Whitney-U-Test.

Im Mann-Whitney-U-Test zeigten sich für die meisten Zielvariablen des WAIP und WAIT, weder für die Interventionsgruppen mit und ohne MH der PUK SHK, noch für die externe Kontrollgruppe signifikante Veränderungen von T0 zu T1 (nach Einführung der Recovery-Haltung, bzw. des Weddinger Modells). Die einzige signifikante Veränderung zeigte sich in

der Subskala WAIP_Bi (WAI_Patient*innenversion/ Bindung) für die Gruppe der Patient*innen mit Migrationshintergrund, die zum Erhebungszeitpunkt T1, nach Einführung der Recovery-Orientierung, im Vergleich zum Erhebungszeitpunkt T0, hinsichtlich dieser Variable, ein signifikant besseres Testergebnis erzielen konnte (s. Tabelle 29). Auf eine ausführliche Darstellung der nicht signifikanten Testergebnisse wird verzichtet. Der Pearson Korrelationskoeffizient (r) zeigte eine Korrelation mittlerer Effektstärke ($|r|=0,3-0,5$) (vgl. Tabelle 29).

Signifikante Testergebnisse in der Auswertung der Subskalen des WAIP und WAIT mittels Mann-Whitney-U-Test: Vergleich innerhalb der drei Studiengruppen zwischen T0 und T1

Abhängige Variable	Studiengruppe	N T0	N T1	U	z-Score	P	R	Median T0	Median T1
WAIP_Bi	Interventionsgruppe mit MH	26	18	109	-2,997	0,003	-0,45	19,5	25

Tabelle 29 Darstellung der signifikanten Testergebnisse der Subskalen des WAI in der Auswertung mittels Mann-Whitney-U-Test: Vergleich innerhalb der drei Studiengruppen zwischen T0 und T1

11.3.2.7.2.2 Entwicklung der Subskalen zur Qualität der therapeutischen Beziehung nach Einführung der Recovery-Haltung – parametrische Testung

11.3.2.7.2.2.1 Interaktionseffekte für die Subskalen des WAIP nach Einführung des Weddinger Modells

Um Unterschiede in der Entwicklung der Subskalen des WAI zwischen den drei Studiengruppen festzustellen, wurde mittels MANOVA/MANCOVA der Interaktionseffekt für den Faktor Studiengruppe (Interventionsgruppe mit MH, Interventionsgruppe ohne MH oder externe Kontrollgruppe) und den Faktor Erhebungszeitpunkt geprüft. Ein signifikanter Interaktionseffekt deutet dabei auf eine unterschiedlich starke oder entgegengesetzte Entwicklung der Subskalen des WAI in den drei Studiengruppen nach Einführung des Weddinger Modells, bzw. der Recovery-Orientierung, hin. Die Testvoraussetzungen für die Testung der, nach Johnson-Transformation, transformierten Subskalen des WAIP mittels MANOVA/MANCOVA hatten sich weitestgehend als erfüllt gezeigt.

Es erfolgt zunächst eine Übersicht der Anzahl der, in den Auswertungen der Subskalen des WAIP mittels MANOVA/MANCOVA, verwendeten Datensätze:

**Anzahl der verwendeten Datensätze in den Auswertungen der Subskalen
des WAIP mittels MANOVA/ MANCOVA**

Abhängige Variable	Studiengruppe	Erhebungszeitpunkt	N	
			MANOVA	MANCOVA
WAIP_Bi_Johnson, WAIP_Pr_Johnson, WAIP_Zi_Johnson	Externe Kontrollgruppe	1. Erhebung	59	9
		2. Erhebung	70	57
		Gesamt	129	66
	Interventionsgruppe ohne MH	1. Erhebung	42	26
		2. Erhebung	58	31
		Gesamt	100	57
	Interventionsgruppe mit MH	1. Erhebung	24	13
		2. Erhebung	17	13
		Gesamt	41	26
	Gesamt	1. Erhebung	125	48
		2. Erhebung	145	101
		Gesamt	270	149

Tabelle 30 Anzahl der verwendeten Datensätze für die Auswertung der Subskalen des WAIP mittels MANOVA/ MANCOVA

In der Auswertung des WAIP zeigten sich in der zweifaktoriellen MANOVA/ MANCOVA statistisch signifikante Haupteffekte in Bezug auf die Faktoren Erhebungszeitpunkt und Studiengruppe für die kombinierten Subskalen des WAIP (vgl. Tabelle 31). Ein statistisch signifikanter Einfluss der Interaktion Erhebungszeitpunkt/ Studiengruppe auf die kombinierten Subskalen des WAIP zeigte sich nicht. Es zeigte sich in der MANOVA allerdings ein tendenzieller Effekt in der Testung des Einflusses der Interaktion auf die kombinierten Subskalen des WAI (vgl. Tabelle 31). Hinsichtlich der kombinierten Subskalen des WAIP unterschied sich die Entwicklung der Subskalen des WAI in den drei Studiengruppen nicht signifikant (vgl. Tabelle 31).

Auswertungen der Subskalen des WAIP mittels MANOVA

Unabhängige Variable	Statistik	MANOVA					Partielles η^2
		V bzw. Λ	F	df1	df2	P	
Konstanter Term	Pillai-Spur (V)	0,989	7596,7	3	262	<0,001	0,989
	Wilk's Lambda (Λ)	0,011	7596,7	3	262	<0,001	0,989
Erhebungszeitpunkt	Pillai-Spur	0,044	3,99	3	262	0,008	0,044
	Wilk's Lambda	0,956	3,99	3	262	0,008	0,044
Studiengruppe (Interventionsgruppe der Patient*innen mit MH, Interventionsgruppe der Patient*innen ohne MH, Kontrollgruppe)	Pillai-Spur	0,061	2,776	6	526	0,011	0,031
	Wilk's Lambda	0,939	2,77	6	524	0,012	0,031
Interaktion Erhebungszeitpunkt * Studiengruppe	Pillai-Spur	0,040	1,810	6	526	0,095	0,020
	Wilk's Lambda	0,960	1,805a	6	524	0,096	0,020

Tabelle 31 Auswertungen der Subskalen des WAIP mittels MANOVA

Auswertungen der Subskalen des WAIP mittels MANCOVA

Unabhängige Variable	Statistik	MANCOVA					Partielles η^2
		V bzw. Λ	F	df1	df2	P	
Konstanter Term	Pillai-Spur (V)	0,786	170,28	3	139	<0,001	0,786
	Wilk's Lambda (Λ)	0,214	170,28	3	139	<0,001	0,786
Erhebungszeitpunkt	Pillai-Spur	0,062	3,06	3	139	0,030	0,062
	Wilk's Lambda	0,938	3,06	3	139	0,030	0,062
Studiengruppe (Interventionsgruppe der Patient*innen mit MH, Interventionsgruppe der Patient*innen ohne MH, Kontrollgruppe)	Pillai-Spur	0,118	2,93	6	280	0,009	0,059
	Wilk's Lambda	0,884	2,94	6	278	0,008	0,060
Interaktion Erhebungszeitpunkt * Studiengruppe	Pillai-Spur	0,071	1,73	6,	280	0,114	0,036
	Wilk's Lambda	0,929	1,73	6	278	0,114	0,036
Summenscore sozioökonomischer Hintergrund	Pillai-Spur	<0,001	0,01	3	139	0,999	<0,001
	Wilk's Lambda	1,000	0,01	3	139	0,999	<0,001
GAF-Wert	Pillai-Spur	0,024	1,12	3	139	0,345	0,024
	Wilk's Lambda	0,976	1,12	3	139	0,345	0,024

Tabelle 32 Auswertungen der Subskalen des WAIP mittels MANCOVA

Aufgrund des tendenziellen Interaktionseffektes in der MANOVA für die kombinierten Subskalen des WAIP sowie aufgrund der signifikanten Besserung der Interventionsgruppe mit MH im Mann-Whitney-U-Test in Bezug auf die Subskala WAIP_Bi (vgl. Kapitel 11.3.2.7.2.1), erfolgte eine weitere Analyse mittels Post-Hoc-ANOVA und Post-Hoc-ANCOVA¹¹ (vgl. Tabelle 38).

¹¹ Bei der hiesigen Post-Hoc-ANOVA/ ANCOVA handelt es sich um die Testergebnisse der, der MANOVA/MANCOVA angeschlossenen Tests auf signifikante Zwischensubjekteffekte. Diese müssen nicht nach Bonferroni korrigiert werden, da die der MANOVA, bzw. MANCOVA, folgenden ANOVAS, bzw. ANCOVAs, durch die Hauptanalyse kontrolliert werden (Field, 2009: S. 605). Bei den später folgenden paarweisen Vergleichen mittels Post-hoc-MANOVA/ Post-Hoc-MANCOVA handelt es sich jeweils um Folgeanalysen mittels ANOVA/ ANCOVA, die folglich nach Bonferroni korrigiert werden müssen.

Auswertungen der Subskalen des WAIP mittels Post-Hoc-ANOVA/Post-Hoc-ANCOVA

Unabhängige Variable	Abhängige Variable	ANOVA					ANCOVA				
		F	df1	df2	P	Partielles η^2	F	df1	df2	P	Partielles η^2
Korrigiertes Modell	WAIP_Bi_Johnson	2,239	5	267	0,051	0,041	2,740	7	146	0,011	0,120
	WAIP_Pr_Johnson	1,830	5	267	0,107	0,033	2,248	7	146	0,034	0,100
	WAIP_Zi_Johnson	1,995	5	267	0,080	0,036	1,748	7	146	0,103	0,080
Erhebungszeitpunkt	WAIP_Bi_Johnson	7,517	1	267	0,007	0,028	9,306	1	146	0,003	0,062
	WAIP_Pr_Johnson	0,230	1	267	0,632	0,001	4,442	1	146	0,037	0,031
	WAIP_Zi_Johnson	0,469	1	267	0,494	0,002	3,067	1	146	0,082	0,021
Studiengruppe (Interventionsgruppe der Patient*innen mit MH, Interventionsgruppe der Patient*innen ohne MH, Kontrollgruppe)	WAIP_Bi_Johnson	1,590	2	267	0,206	0,012	5,748	2	146	0,004	0,075
	WAIP_Pr_Johnson	4,231	2	267	0,016	0,031	6,552	2	146	0,002	0,085
	WAIP_Zi_Johnson	3,762	2	267	0,024	0,028	4,719	2	146	0,010	0,063
Interaktion Erhebungszeitpunkt * Studiengruppe	WAIP_Bi_Johnson	2,278	2	267	0,104	0,017	4,350	2	146	0,015	0,058
	WAIP_Pr_Johnson	0,566	2	267	0,568	0,004	2,318	2	146	0,102	0,032
	WAIP_Zi_Johnson	0,665	2	267	0,515	0,005	0,864	2	146	0,424	0,012
Summenscore sozio- ökonomischer Hinter- grund	WAIP_Bi_Johnson						0,000	1	146	0,983	<0,001
	WAIP_Pr_Johnson						0,017	1	146	0,895	<0,001
	WAIP_Zi_Johnson						0,016	1	146	0,900	<0,001
GAF-Wert	WAIP_Bi_Johnson						0,414	1	146	0,521	0,003
	WAIP_Pr_Johnson						0,636	1	146	0,427	0,004
	WAIP_Zi_Johnson						0,123	1	146	0,727	0,001

Tabelle 33 Auswertungen der Subskalen des WAIP mittels Post-Hoc-ANOVA/ Post-Hoc-ANCOVA

In der, der MANOVA angeschlossenen, Post-Hoc-ANOVA zeigte sich kein signifikanter Einfluss der Interaktion Studiengruppe/Erhebungszeitpunkt auf die, nach Johnson-Transformation, transformierten Subskalen des WAIP (Tabelle 33). Für die Zielvariable WAI_PBi_Johnson (Subskala zur therapeutischen Bindung- Patient*inneneinschätzung) zeigte sich jedoch in der Post-Hoc-ANCOVA ein signifikanter Einfluss der genannten Interaktion (vgl. Tabelle 33). Der Einfluss der Interaktion auf WAIP_Bi_Johnson lag auch nach Bonferroni-Korrektur¹² innerhalb des korrigierten Signifikanzniveaus von $p = 0,025$.

Folgend wurde, in paarweisen Vergleichen mittels multivariater zweifaktorieller Post-Hoc-MANCOVA, untersucht, auf welche Gruppen der gefundene Interaktionseffekt rückführbar

ist (s. Tabelle 34). Für die Interpretation der Daten wurden lediglich die Post-Hoc-ANCOVAs betrachtet. Es fanden sich signifikante Unterschiede in der Entwicklung der Subskala WAIP_Bi im paarweisen Vergleich der Interventionsgruppe mit MH und der Interventionsgruppe ohne MH sowie im paarweisen Vergleich der Interventionsgruppe ohne MH und der externen Kontrollgruppe (vgl. Tabelle 34). Die p-Werte der paarweisen Vergleiche lagen außerhalb des nach Bonferroni korrigierten Signifikanzniveaus von 0,017.

¹² Bei der Bonferroni-Korrektur handelt es sich um ein Korrekturverfahren, das bei wiederholtem Testen Anwendung findet. Durch Bonferroni-Korrektur besteht eine Kontrolle des Fehlers erster Art. Bei einer hohen Anzahl durchgeführter Tests, liefert die Bonferroni-Korrektur allerdings zu strenge Signifikanzniveaus (Field, 2009: S. 782).

Auswertungen der Subskalen des WAIP mittels Post-Hoc-ANCOVA - paarweise Vergleiche

Unabhängige Variable	Abhängige Variable	Interventionsgruppe mit MH und Interventionsgruppe ohne MH im Vergleich					Interventionsgruppe ohne MH und externe Kontrollgruppe im Vergleich				
		F	df1	df2	P	Partielles η^2	F	df1	df2	P	Partielles η^2
Korrigiertes Modell	WAIP_Bi_Johnson	1,203	5	85	0,315	0,069	1,644	5	127	0,153	0,063
	WAIP_Pr_Johnson	0,571	5	85	0,722	0,034	1,812	5	127	0,115	0,069
	WAIP_Zi_Johnson	1,316	5	85	0,266	0,075	1,788	5	127	0,120	0,068
Erhebungszeitpunkt	WAIP_Bi_Johnson	2,602	1	85	0,111	0,031	3,435	1	127	0,050	0,031
	WAIP_Pr_Johnson	0,836	1	85	0,363	0,010	3,938	1	127	0,031	0,037
	WAIP_Zi_Johnson	2,410	1	85	0,124	0,029	1,537	1	127	0,170	0,015
Studiengruppe (Interventionsgruppe der Patient*innen mit MH, Interventionsgruppe der Patient*innen ohne MH, Kontrollgruppe)	WAIP_Bi_Johnson	0,404	1	85	0,527	0,005	5,453	1	127	0,014	0,048
	WAIP_Pr_Johnson	0,197	1	85	0,658	0,002	5,987	1	127	0,008	0,055
	WAIP_Zi_Johnson	0,807	1	85	0,372	0,010	6,136	1	127	0,007	0,058
Interaktion Erhebungszeitpunkt * Studiengruppe	WAIP_Bi_Johnson	4,622	1	85	0,035	0,054	4,723	1	127	0,032	0,037
	WAIP_Pr_Johnson	1,389	1	85	0,242	0,017	2,512	1	127	0,116	0,020
	WAIP_Zi_Johnson	1,739	1	85	0,191	0,021	0,554	1	127	0,458	0,004
Summenscore sozio- ökonomischer Hinter- grund	WAIP_Bi_Johnson	0,013	1	85	0,910	0,000	0,361	1	127	0,549	0,003
	WAIP_Pr_Johnson	0,244	1	85	0,623	0,003	0,001	1	127	0,975	0,000
	WAIP_Zi_Johnson	0,367	1	85	0,546	0,005	0,000	1	127	0,987	0,000
GAF-Wert	WAIP_Bi_Johnson	0,006	1	85	0,939	0,000	0,266	1	127	0,607	0,002
	WAIP_Pr_Johnson	0,846	1	85	0,360	0,010	0,455	1	127	0,501	0,004
	WAIP_Zi_Johnson	1,844	1	85	0,178	0,022	0,394	1	127	0,531	0,003

Tabelle 34 Auswertungen der Subskalen des WAIP mittels Post-Hoc-ANOVA/ Post-Hoc-ANCOVA

Die unterschiedliche Entwicklung der drei Studiengruppen in Bezug auf WAIP_Bi und WAIT_Bi wird in Tabelle 39 graphisch dargestellt.

11.3.2.7.2.2.2 Interaktionseffekte in der Auswertung der Subskalen des WAIT

Zunächst erfolgt die tabellarische Darstellung der Anzahl der, in den Auswertungen der Subskalen des WAIT mittels MANOVA und MANCOVA, verwendeten Datensätze (s. Tabelle 35).

Anzahl der verwendeten Datensätze in den Auswertungen der Subskalen des WAIT mittels MANOVA/ MANCOVA

Abhängige Variable	Studiengruppe	Erhebungszeitpunkt	Anzahl ausgewerteter Datensätze	
			MANOVA	MANCOVA
WAI_TBi_Johnson, WAI_TPr_Johnson, WAIT_Zi_Johnson	Externe Kontrollgruppe	1. Erhebung	52	10
		2. Erhebung	76	59
		Gesamt	128	69
	Interventionsgruppe ohne MH	1. Erhebung	37	25
		2. Erhebung	42	32
		Gesamt	79	57
	Interventionsgruppe mit MH	1. Erhebung	22	11
		2. Erhebung	15	13
		Gesamt	37	24
	Gesamt	1. Erhebung	111	46
		2. Erhebung	133	104
		Gesamt	244	150

Tabelle 35 Anzahl der verwendeten Datensätze in der Auswertung der Subskalen des WAIT mittels MANOVA/ MANCOVA

Zu berücksichtigen in den Auswertungen mittels MANOVA/ MANCOVA ist, dass sich, wie berichtet in Abschnitt 11.3.2.7.1.1.1, eine Verletzung der Voraussetzung der Varianzhomogenität und die Homogenität der Kovarianzenmatrizen in den Auswertungen des WAIT zeigte. Bei Verletzung der Voraussetzung der Varianzhomogenität (Homoskedastizität) erhöht sich die Wahrscheinlichkeit für einen Fehler 1. Art (Finch, 2005). Bei Vorliegen einer Normalverteilung, einer Testung von 2-3 Variablen (wie hier erfolgt) und Verletzung der Varianzhomogenität liefert die Wilk's Lambda Statistik, in den Berechnungen mittels MANOVA/MANCOVA, relativ robuste Testergebnisse (Ateş et al., 2019) und ist somit für die Interpretation geeignet. Bei Testung von 2-3 Variablen, Vorliegen von Varianzhomogenität und Vorliegen einer Normalverteilung, eignet sich die Pillai-Spur Statistik zur Interpretation der Daten (Ateş et al., 2019). Weitere Literatur bestätigt hingegen die Überlegenheit der Pillai-Spur Statistik, insbesondere bei Verletzung der Voraussetzung der Varianzhomogenität (Olson, 1979). In der vorliegenden Dissertation werden daher beide Teststatistiken angegeben. Ergeben beide Tests einen Hinweis auf signifikante Unterschiede, so ist ein Fehler 1. Art unwahrscheinlicher. Für die MANOVA/ MANCOVA gilt zudem, dass sie konservative Testergebnisse liefert, wenn die größten Stichproben, die größten Varianzen und Kovarianzenmatrizen produzieren (Allen, 2017: 653-654). Die Standardabweichung zeigte sich in Bezug auf alle Subskalen des WAIT in der externen Kontrollgruppe, bei der es sich auch um die größte Studiengruppe handelt, am größten (vgl. Tabelle 36). Selbiges zeigte sich auch für die Kovarianzenmatrizen. Die externe

Kontrollgruppe produzierte als größte der drei Stichproben die größten Inter-Item-Kovarianzmatrizen (vgl. Tabelle 37).

Folglich sollte die hiesige Analyse mittels MANOVA/ MANCOVA, trotz Verletzung der Voraussetzung der Varianzhomogenität, konservative Testergebnisse erzielen.

Vergleich der Standardabweichung / Varianz in den drei Studiengruppen

Abhängige Variable	Studiengruppe	N	Mittelwert	Standardabweichung
WAIT_Bi_Johnson	Externe Kontrollgruppe	128	0,0497	1,10767
	Interventionsgruppe ohne MH	79	-0,0365	0,82451
	Interventionsgruppe mit MH	37	0,0686	0,95594
WAIT_Pr_Johnson	Externe Kontrollgruppe	128	-0,1396	1,09222
	Interventionsgruppe ohne MH	79	0,1399	0,87085
	Interventionsgruppe mit MH	37	-0,0237	1,06535
WAIT_Zi_Johnson	Externe Kontrollgruppe	128	-0,0769	1,26143
	Interventionsgruppe ohne MH	79	0,2397	0,86057
	Interventionsgruppe mit MH	37	-0,0279	0,91620

Tabelle 36 Vergleich der Standardabweichung, als Maß für die Varianz, für die, nach Johnson-Transformation, transformierten Subskalen des WAIT in den drei Studiengruppen

Inter-Item-Kovarianzmatrix

Studiengruppe	N	Abhängige Variablen			
			WAIT_Bi_Johnson	WAIT_Pr_Johnson	WAIT_Zi_Johnson
Externe Kontrollgruppe	162	WAIT_Bi_Johnson	1,227	0,908	1,050
	162	WAIT_Pr_Johnson	0,908	1,193	0,974
	162	WAIT_Zi_Johnson	1,050	0,974	1,591
Interventionsgruppe ohne MH	118	WAIT_Bi_Johnson	0,680	0,417	0,451
	118	WAIT_Pr_Johnson	0,417	0,758	0,567
	118	WAIT_Zi_Johnson	0,451	0,567	0,741
Interventionsgruppe mit MH	59	WAIT_Bi_Johnson	0,914	0,652	0,297
	59	WAIT_Pr_Johnson	0,652	1,135	0,542
	59	WAIT_Zi_Johnson	0,297	0,542	0,839

Tabelle 37 Vergleich der Standardabweichung, als Maß für die Varianz, für die nach Johnson-Transformation, transformierten Subskalen des WAIT in den drei Studiengruppen

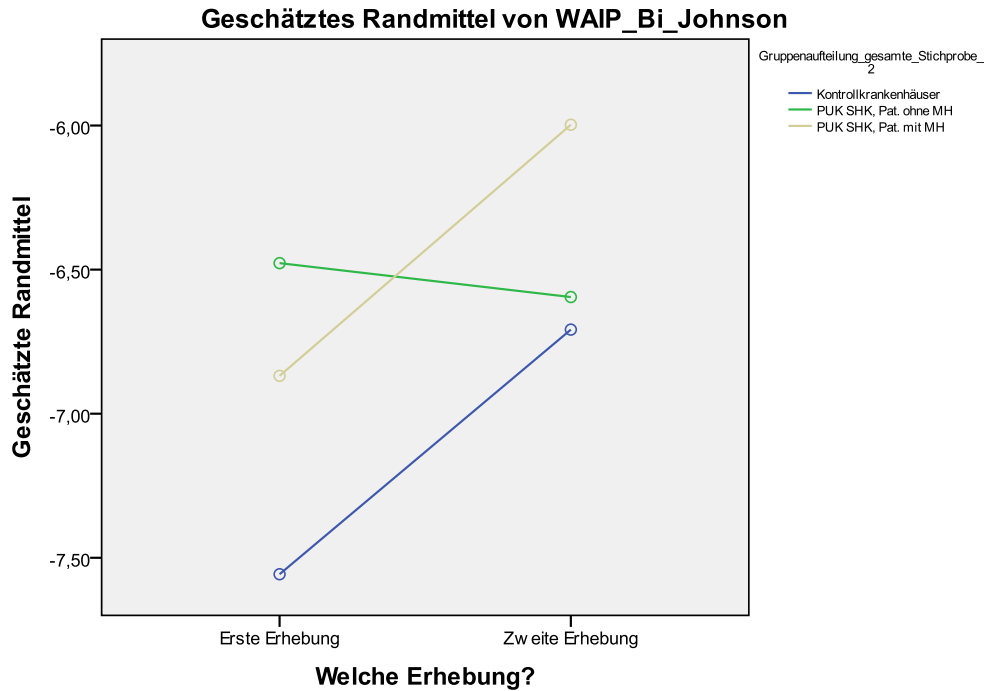
In den Auswertungen des WAIT mittels zweifaktorieller MANOVA/ MANCOVA zeigten sich statistisch signifikante Haupteffekte in Bezug auf die Faktoren Erhebungszeitpunkt und Studiengruppe für die kombinierten Subskalen des WAIT (vgl. Tabelle 38). Eine statistisch signifikante Interaktion für die kombinierten Subskalen des WAIT zeigte sich nicht. Das bedeutet, hinsichtlich der kombinierten Subskalen des WAIT, unterschied sich die Entwicklung der Subskalen des WAI in den drei Studiengruppen nicht signifikant (vgl.

Tabelle 38). Es fand sich ein signifikanter Einfluss des Erkrankungsschweregrads in der MANCOVA auf die kombinierten Subskalen des WAIT (vgl. Tabelle 38). Aufgrund der fehlenden signifikanten Interaktionseffekte in Bezug auf die kombinierten Subskalen des WAIT wird auf eine weitere Auswertung mittels Post-Hoc-ANOVA und Post-Hoc-ANCOVA verzichtet. Aufgrund der fehlenden Relevanz für die hier untersuchte Fragestellung wird auf die gefundenen Haupteffekte nicht ausführlich eingegangen.

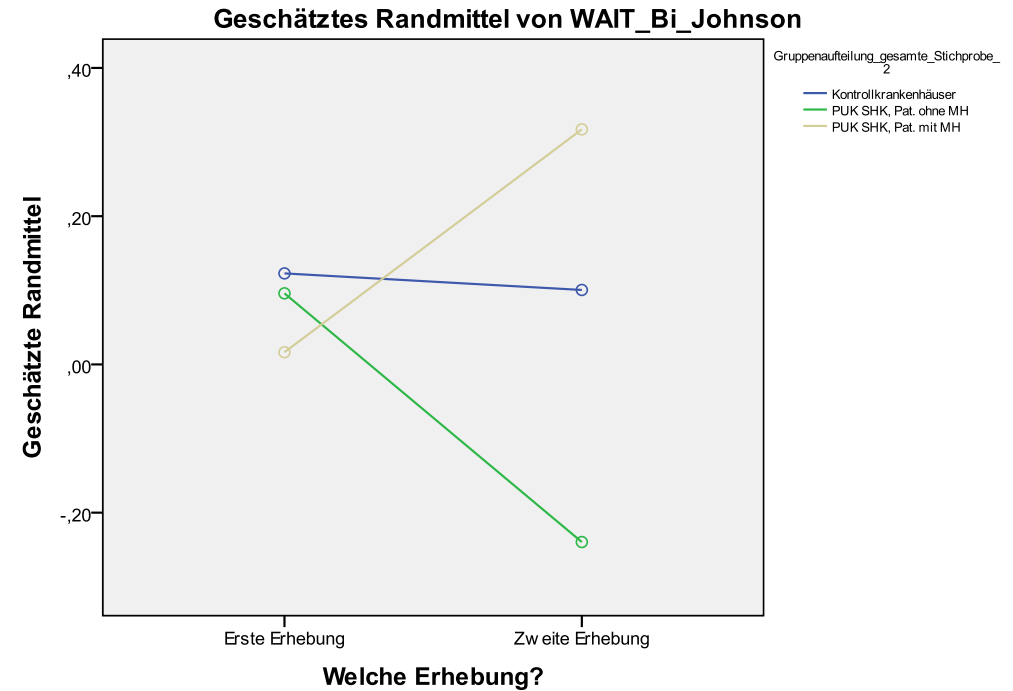
Auswertungen der Subskalen des WAIT mittels MANOVA/ MANCOVA

Unabhängige Variable	Statistik	MANOVA						MANCOVA					
		V bzw. Λ	F	df1	df2	P	Partielles η^2	V bzw. Λ	F	df1	df2	P	Partielles η^2
Konstanter Term	Pillai-Spur (V)	0,003	0,215	3	236	0,886	0,003	0,077	3,884	3	140	0,011	0,077
	Wilk's Lambda (Λ)	0,997	0,215	3	236	0,886	0,003	0,923	3,884	3	140	0,011	0,077
Erhebungszeitpunkt	Pillai-Spur	0,042	3,421	3	236	0,018	0,042	0,056	2,759	3	140	0,045	0,056
	Wilk's Lambda	0,958	3,421	3	236	0,018	0,042	0,944	2,759	3	140	0,045	0,056
Studiengruppe (Interventionsgruppe der Patient*innen mit MH, Interventionsgruppe der Patient*innen ohne MH, Kontrollgruppe)	Pillai-Spur	0,064	2,632	6	474	0,016	0,032	0,044	1,067	6	282	0,382	0,022
	Wilk's Lambda	0,936	2,658	6	472	0,015	0,033	0,956	1,062	6	28	0,386	0,022
Interaktion Erhebungszeitpunkt * Studiengruppe	Pillai-Spur	0,025	0,992	6	474	0,430	0,012	0,015	0,364	6	282	0,901	0,008
	Wilk's Lambda	0,975	0,991	6	472	0,430	0,012	0,985	0,362	6	280	0,903	0,008
Summenscore sozioökonomischer Hintergrund	Pillai-Spur							0,009	0,425	3	140	0,736	0,009
	Wilk's Lambda							0,991	0,425	3	140	0,736	0,009
GAF-Wert	Pillai-Spur							0,103	5,367	3	140	0,002	0,103
	Wilk's Lambda							0,897	5,367	3	140	0,002	0,103

Tabelle 38 Auswertungen der Subskalen des WAIT mittels MANOVA/ MANCOVA



Die Kovariaten im Modell werden anhand der folgenden Werte berechnet: Summenscore mit Einkünften, Ausbildungsjahren, Beschäftigungsjahren, Status Berufsausbildung, Status Letztätigkeit, Status Eltern Beruflich, Status Abschluss = 11,0671, GAF_Wert = 59,12



Die Kovariaten im Modell werden anhand der folgenden Werte berechnet: Summenscore mit Einkünften, Ausbildungsjahren, Beschäftigungsjahren, Status Berufsausbildung, Status Letztätigkeit, Status Eltern Beruflich, Status Abschluss = 11,1667, GAF_Wert = 59,02

Tabelle 39 Darstellung des Profildiagramms der Post-Hoc-ANCOVA zur Entwicklung der Subskalen WAIP_Bi und WAIT_Bi (Qualität der therapeutischen Bindung: Patient*innenversion links/ Personalversion rechts) nach Einführung der Recovery-Orientierung, bzw. des Weddinger Modells

11.3.3 Haupthypothese 3: Entwicklung der Änderung des Gesamtzustandes nach Einführung des Weddinger Modells

11.3.3.1 Dritte Nullhypothese

Im Folgenden soll die dritte Haupthypothese, anhand der Prüfung der folgenden Nullhypothese, untersucht werden:

Zwischen dem Erhebungszeitpunkt 2011 (T1) - nach Einführung der Recovery-Orientierung in die PUK SHK - und dem Erhebungszeitpunkt 2010 (T0) – vor Einführung der Recovery-Orientierung in die PUK SHK - gibt es, bezogen auf die Gruppe der Patient*innen mit Migrationshintergrund, keinen signifikanten Unterschied in der im CGI gemessenen Veränderung des Gesamtzustands im Vergleich zur externen Kontrollgruppe, bzw. im Vergleich zur Interventionsgruppe ohne MH.

11.3.3.2 Berechnungen zur Entwicklung des klinischen Gesamtzustands nach CGI

11.3.3.2.1 Statistische Unterschiede zwischen den drei Studiengruppen zum Erhebungszeitpunkt T0

In Pretests erfolgte die Ermittlung signifikant unterschiedlicher Testwerte in der CGI-Improvement-Scale zwischen den drei Studiengruppen (Interventionsgruppe mit und ohne MH und externe Kontrollgruppe) zum Zeitpunkt T0. Im Kruskal-Wallis-Test zeigte sich kein signifikanter Unterschied zum Zeitpunkt T0 zwischen den drei Studiengruppen (den Interventionsgruppen mit und ohne MH sowie der externen Kontrollgruppe).

Ergebnis des Kruskal-Wallis-Test in Bezug auf die CGI-Zustandsänderung vor Einführung der Recovery-Orientierung (T0): Interventions- und externe Kontrollgruppe im Vergleich

Abhängige Variable	Studiengruppen	N T0	χ^2	df	P	Median T0
CGI-Improvement-Scale	Interventionsgruppe mit MH	27	0,537	2	0,765	2,0
	Interventionsgruppe ohne MH	39				2,0
	Externe Kontrollgruppe	64				2,0

Tabelle 40 Ergebnis des Kruskal-Wallis-Test in Bezug auf die CGI-Zustandsänderung vor Einführung der Recovery-Orientierung (T0): Interventions- und externe Kontrollgruppe im Vergleich

11.3.3.2.2 Auswertung der CGI-Improvement-Scale nach Einführung der Recovery-Orientierung: Externe Kontroll- und Interventionsgruppen im Vergleich

Für die Auswertung der CGI-Improvement-Scale erfolgte eine Umcodierung der abhängigen Variable CGI-I in eine Variable CGI_RECODE, in der Zustandsverschlechterungen (die in allen drei Studiengruppen zu 0% aufgetreten waren) sowie die Kategorie „nicht beurteilbar“ nicht berücksichtigt wurden. Letzteres betraf einen einzigen Datensatz, der somit in der statistischen Auswertung der CGI-Improvement-Scale nicht berücksichtigt wurde. Der Datensatz bestand aus N=276 Datensätzen. Eine Übersicht über die prozentuale und absolute Verteilung der Daten in den drei Studiengruppen kann der Tabelle 41 entnommen werden.

CGI – absolute und prozentuale Zahlen zu den Zustandsänderungen in den drei Studiengruppen				
	Erhebung			
	Erste Erhebung		Zweite Erhebung	
	N	N in (%)	N	N in (%)
Kontrollkrankenhäuser				
Nicht beurteilbar	0	0%	0	0%
Sehr viel besser	7	10,9%	21	25,6%
Viel besser	38	59,4%	38	46,3%
Nur wenig besser	18	28,1%	22	26,8%
Unverändert	1	1,6%	1	1,2%
Etwas schlechter	0	0%	0	0%
Viel schlechter	0	0%	0	0%
Sehr viel schlechter	0	0%	0	0%
Gesamt	64	100%	82	100%
PUK SHK, Pat. ohne MH				
Nicht beurteilbar	0	0%	1	2,3%
Sehr viel besser	10	25,6%	2	4,5%
Viel besser	14	35,9%	26	59,1%
Nur wenig besser	13	33,3%	14	31,8%
Unverändert	2	5,1%	1	2,3%
Etwas schlechter	0	0%	0	0%
Viel schlechter	0	0%	0	0%
Sehr viel schlechter	0	0%	0	0%
Gesamt	39	100%	44	100%
PUK SHK, Pat. mit MH				
Nicht beurteilbar	0	0%	0	0%
Sehr viel besser	8	29,6%	2	9,5%
Viel besser	10	37,0%	14	66,7%
Nur wenig besser	8	29,6%	5	23,8%
Unverändert	1	3,7%	0	0%
Etwas schlechter	0	0%	0	0%
Viel schlechter	0	0%	0	0%
Sehr viel schlechter	0	0%	0	0%
Gesamt	27	100%	21	100%

Tabelle 41 CGI Zustandsänderung in den drei Stichproben: 2010 und 2011 im Vergleich

Im Kruskal-Wallis-Test für die 6 Studiengruppen (Interventionsgruppe mit und ohne MH zu jeweils T0 und T1 und der externen Kontrollgruppe zu jeweils T0 und T1) zeigten sich keine signifikanten Unterschiede bezogen auf die Änderung des Gesamtzustands nach CGI (Chi-Quadrat: $\chi^2(5) = 4,794$, $p = 0,442$). Somit besteht ein Hinweis darauf, dass sich durch die Einführung der Recovery-Orientierung in die PUK SHK keine signifikanten Veränderungen in den Interventionsgruppen bezogen auf die CGI-Improvement-Scale ergaben.

Die externe Kontrollgruppe erzielte im Vergleich zu den beiden Interventionsgruppen in der deskriptiven Auswertung zum Zeitpunkt T0 prozentual am häufigsten die Evaluation „viel bessere[r]“ Gesundheitszustand (s. Tabelle 41). Hingegen wurden die beiden Interventionsgruppen zum Zeitpunkt T0 prozentual häufiger mit der Kategorie „sehr viel bessere[r]“ Gesundheitszustand evaluiert (Tabelle 41). Zu T1 kehrte sich dieses Verhältnis um. Die Interventionsgruppen mit und ohne MH zeigten zu T1 seltener „sehr viel besser[e]“ Gesundheitszustände, dafür prozentual häufiger „viel besser[e]“ Gesundheitszustände im Vergleich zur externen Kontrollgruppe. Insgesamt zeigte sich eine nicht signifikante Zunahme an Zustandsverbesserungen in den Interventionsgruppen, betrachtet man die Kategorien „sehr viel besser“ und „viel besser“ zusammengefasst. Dies galt gleichermaßen für die Patient*innen mit (66,6%, 2010 vs. 76,2%, 2011) und ohne (61,5%, 2010 vs. 63%, 2011) Migrationshintergrund der Interventionsgruppe. Deutlich ist die Zunahme „viel bessere[r]“ Gesundheitszustand in der Interventionsgruppe der Patient*innen mit MH. In den externen Kontrollkrankenhäusern stieg der Anteil an „sehr viel besser[en]“ oder „viel besser[en]“ Gesundheitszuständen zum zweiten Erhebungszeitpunkt ebenfalls an (70,3%, 2010 vs. 71,9%, 2011).

11.3.4 Haupthypothese 4: Auswertung der Angehörigenbefragung vor und nach Einführung des Weddinger Modells

11.3.4.1 Vierte Nullhypothese

Im Folgenden soll die vierte Haupthypothese, anhand der Prüfung der folgenden Nullhypothese, untersucht werden:

Zwischen dem Erhebungszeitpunkt 2011 (T1) - nach Einführung der Recovery-Orientierung in die PUK SHK - und dem Erhebungszeitpunkt 2010 (T0) – vor Einführung der Recovery-Orientierung in die PUK SHK - gibt es, bezogen auf die Gruppe der Patient*innen mit Migrationshintergrund, keinen signifikanten Unterschied in der Beteiligung der Angehörigen an der Befragung im Vergleich zur externen Kontrollgruppe, bzw. im Vergleich zur Interventionsgruppe ohne MH.

11.3.4.2 Auswertung der Angehörigenbefragung vor und nach Einführung des Weddinger Modells: Kontroll- und Interventionsgruppen im Vergleich

Zunächst wurde geprüft, wie viele Patient*innen mit einer Befragung der Angehörigen oder einer Bezugsperson¹³ einverstanden waren. Im Anschluss erfolgte die Analyse der erfolgreichen Angehörigenbefragungen, anhand der Anzahl ausgefüllter Angehörigenfragebögen zur Zufriedenheit mit der Behandlung.

Hinsichtlich der Anzahl der Patient*inneneinverständnisse zur Befragung Angehöriger oder zur Befragung von Bezugspersonen (Fisher-Freeman-Halton-Test, $p = 0,458$) gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den sechs Studiengruppen (Interventionsgruppen mit und ohne MH zu jeweils T0 und T1 und die externe Kontrollgruppe zu jeweils T0 und T1). Eine Übersicht über die absoluten Zahlen und die Prozentwerte zum Befragungseinverständnis zeigt die Tabelle 42.

¹³ Es wird in der folgenden Analyse von der Angehörigenbefragung gesprochen. Bei Wunsch der Patient*innen konnten vielmehr, statt der Befragung von Angehörigen, auch Bezugspersonen an der Befragung teilnehmen. Die Bezeichnung Bezugsperson wird im Weiteren nicht dezidiert weiter genannt. Bezugspersonen sind bei der Verwendung des Begriffs Angehörigenbefragung mit gemeint.

Tabellarische Übersicht zum Befragungseinverständnis, Studiengruppen im Vergleich

Erhebungszeitpunkt	Studiengruppe																	
	Pat. hat Einverständnis gegeben zur Befragung der Angehörigen																	
	Interventionsgruppe mit MH						Interventionsgruppe ohne MH						Externe Kontrollgruppe					
	Nein		Ja		Gesamt		Nein		Ja		Gesamt		Nein		Ja		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
T0	1	51,7	1	48,3	2	100,0	2	45,8	2	54,2	4	100,0	5	64,1	2	35,9	7	100,0
	5	%	4	%	9	%	2	%	6	%	8	%	0	%	8	%	8	%
T1	1	56,0	1	44,0	2	100,0	3	52,5	2	47,5	5	100,0	4	53,0	3	47,0	8	100,0
	4	%	1	%	5	%	1	%	8	%	9	%	4	%	9	%	3	%

Tabelle 42 Tabellarische Übersicht zum Befragungseinverständnis, Studiengruppen im Vergleich

In Bezug auf den Angehörigenbefragungserfolg, gemessen an der Anzahl der erfolgreich ausgefüllten Angehörigenfragebögen zur Zufriedenheit mit der Behandlung (WPAZA), bestand zwischen den 6 Studiengruppen (Interventionsgruppen mit und ohne MH zum jeweils ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt, sowie der externe Kontrollgruppe zum jeweils ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt) ein signifikanter Unterschied im Fisher-Freeman-Halton-Test (Fisher-Freeman-Halton-Test, $p=0,02$, Cramér's $V= 0,231$). In paarweisen Vergleichen zwischen T0 und T1 innerhalb der drei Studiengruppen, zeigte sich allerdings, dass nur die externe Kontrollgruppe zum Zeitpunkt T1 im Vergleich zum Erhebungszeitpunkt T0, signifikante Testergebnisse erzielte (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1) = 8,789$, $p = 0,003$, $\phi = 0,231$). Zum ersten Erhebungszeitpunkt unterschieden sich die drei Studiengruppen (Interventionsgruppe mit und ohne MH sowie die externe Kontrollgruppe) im Fisher-Freeman-Halton-Test hinsichtlich des Angehörigenbefragungserfolgs nicht signifikant von einander (Fisher-Freeman-Halton-Test: $p= 0,054$). Die deskriptive Analyse zeigt in allen Studiengruppen (Externe Kontrollgruppe, Interventionsgruppe mit und ohne MH) eine Zunahme des Angehörigenbefragungserfolgs zum zweiten Erhebungszeitpunkt (vgl. Tabelle 43). Die signifikante Steigerung des Befragungserfolgs in der externen Kontrollgruppe von 6,4 % auf 22,6% kann auf das höhere Patient*inneneinverständnis mit einer Angehörigenbefragung zum Zeitpunkt der zweiten Erhebung zurückgeführt werden (35,9% Befragungseinverständnis zum ersten Erhebungszeitpunkt vs. 47% Befragungseinverständnis zum zweiten Erhebungszeitpunkt, vgl. Tabelle 42). Auch zum zweiten Erhebungszeitpunkt unterschied sich der Befragungserfolg, gemessen an der Anzahl der ausgefüllten Angehörigenfragebögen des WPAZ, zwischen den sechs

Studiengruppen nicht signifikant (Fisher-Freeman-Halton-Test: $p= 0,82$). Eine graphische Darstellung der erfolgreich erhobenen Angehörigenfragebögen zeigt Abbildung 11-5.

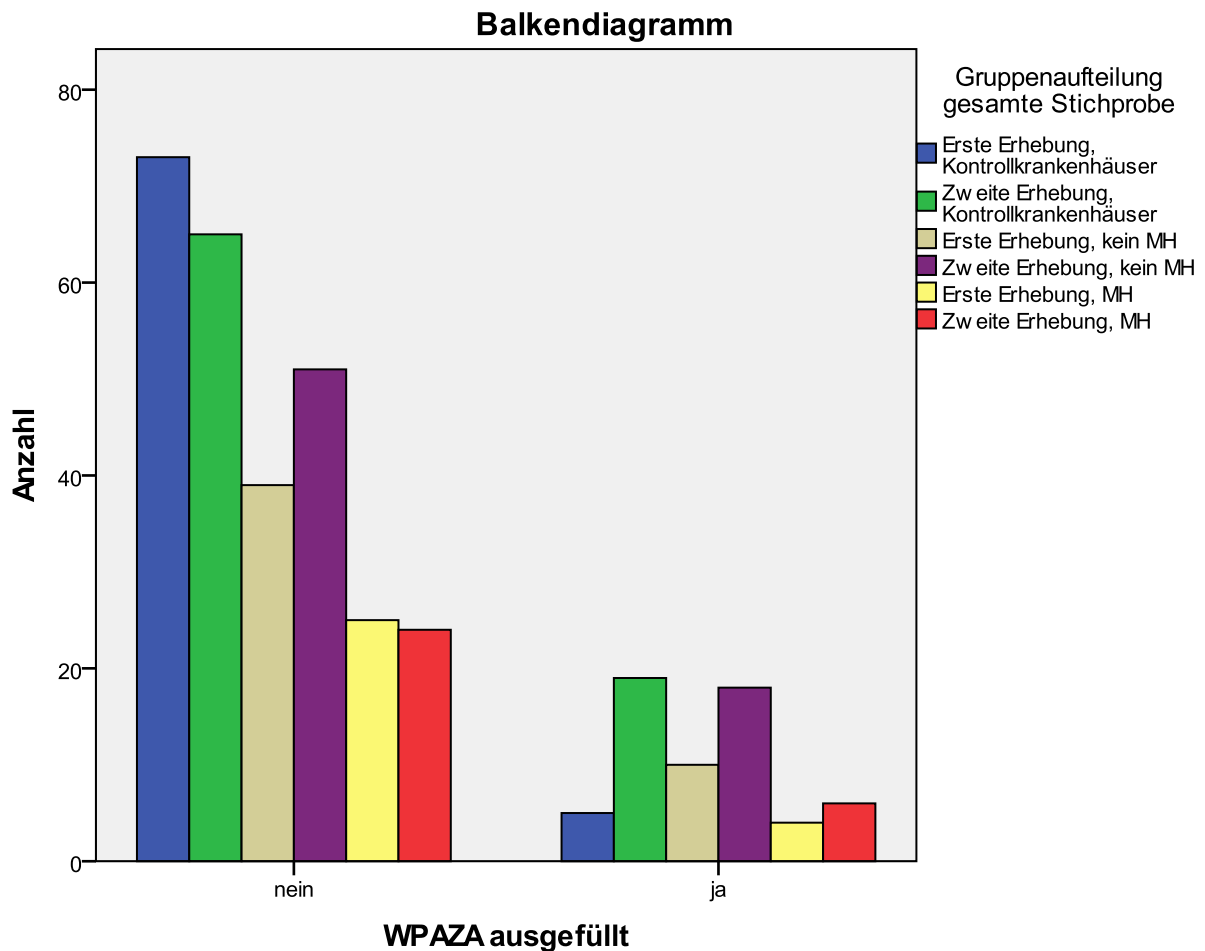


Abbildung 11-5 Anzahl der erfolgreichen Angehörigenbefragungen, gemessen an den erfolgreich ausgefüllten Angehörigenfragebögen zur Zufriedenheit mit der Behandlung

Der Angehörigenbefragungserfolg in der PUK SHK belief sich insgesamt auf durchschnittlich 22%. Zum Zeitpunkt der ersten Erhebung erklärte sich in beiden Interventionsgruppen ein höherer Prozentsatz mit der Angehörigenbefragung einverstanden als zum Zeitpunkt der zweiten Erhebung (vgl. Tabelle 42). Dennoch konnte zum Zeitpunkt der zweiten Erhebung der Befragungserfolg der Angehörigen in beiden Interventionsgruppen gesteigert werden (Tabelle 43). Diese Steigerung des Angehörigenbefragungserfolgs war statistisch allerdings nicht signifikant (Pat. ohne MH: Chi-Quadrat-Test: $\chi^2(1)=0,454, p = 0,5/$ Pat. mit MH: Fisher-Freeman-Halton-Test: $p=0,741$). Der Befragungserfolg für die Gruppe der Angehörigen der Patient*innen ohne MH konnte von 20% auf 27% gesteigert werden und für die Gruppe der Angehörigen der

Patient*innen mit MH von 13,8% auf 20%. Der Befragungserfolg der Angehörigen der Patient*innen mit Migrationshintergrund war demnach zu beiden Erhebungszeitpunkten im Vergleich zur Gruppe der Patient*innen ohne Migrationshintergrund etwas geringer.

Tabellarische Übersicht zum Befragungserfolg, Studiengruppen im Vergleich

Erhebungszeitpunkt	Studiengruppe																	
	Befragungserfolg																	
	Interventionsgruppe mit MH						Interventionsgruppe ohne MH						Externe Kontrollgruppe					
	Nein		Ja		Gesamt		Nein		Ja		Gesamt		Nein		Ja		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
T0	2	86,2	4	13,8	2	100,0	3	79,6	1	20,4	4	100,0	7	93,6	5	6,4%	7	100,0
	5	%		9	%	9	%	0	%	9	%	3	%	8		%		
T1	2	80,0	6	20,0	3	100,0	5	73,9	1	26,1	6	100,0	6	77,4	1	22,6	8	100,0
	4	%		0	%	1	%	8	%	9	%	5	%	9		%	4	%

Tabelle 43 Tabellarische Übersicht zum Befragungserfolg, Studiengruppen im Vergleich

Insgesamt ist die absolute Anzahl der erfolgreichen Angehörigenbefragungen in der Interventionsgruppe der Patient*innen mit Migrationshintergrund so gering, dass eine statistische Auswertung der im WPAZA erhobenen Daten, bezüglich der in dieser Dissertation untersuchten Fragestellung, nicht sinnvoll ist. Eine Auswertung der Angehörigendaten in Bezug auf die gesamte Studienpopulation, ohne dezidierte Betrachtung der Interventionsgruppe der Patient*innen mit MH, findet sich bei (Mahler et al., 2014).

Eine Verbesserung des Einbezugs der Angehörigen (bzw. der Bezugsperson des Patient*innen), nach Einführung der Recovery-Orientierung, bzw. des Weddinger Modells, kann anhand der vorliegenden Daten nicht belegt werden, da sich die Interventionsgruppen, insb. die Interventionsgruppe mit MH nicht signifikant in der Angehörigenbefragungserfolgsquote besserte. Beide Gruppen unterschieden sich zum zweiten Erhebungszeitpunkt nicht signifikant hinsichtlich des Befragungserfolgs der Angehörigen von der externen Kontrollgruppe.

12 Diskussion

12.1 Zusammenfassung der Hauptergebnisse

12.1.1 Zusammenfassung der Ergebnisse zur Zufriedenheit mit der Behandlung nach Einführung der Recovery-Orientierung, bzw. des Weddinger Modells

In den Auswertungen des Fragebogens zur Zufriedenheit mit der Behandlung ließen sich, in der Patient*innenversion des Fragebogens, weder im Mann-Whitney-U-Test noch in der ANOVA/ANCOVA, signifikante Veränderungen oder Unterschiede in der Entwicklung des, nach Johnson-Transformation, transformierten Summenscores (SUMWPAZPat_Johnson) zwischen, bzw. innerhalb, der drei Studiengruppen (Interventionsgruppe der Patient*innen mit MH, Interventionsgruppe ohne MH, externe Kontrollgruppe) nach Einführung der Recovery-Orientierung, bzw. des Weddinger Modells, zeigen.

In der Personalversion des Fragebogens (WPAZPer) ließen sich im Mann-Whitney-U-Test signifikante Verbesserungen für den, nach Johnson-Transformation, transformierten Summenscore des WPAZPer in der externen Kontrollgruppe und in der Interventionsgruppe ohne MH, nicht aber für die Interventionsgruppe mit MH, von T0 zu T1 zeigen. Es ist allerdings zu erwähnen, dass sich die Interventionsgruppe in der graphischen Testung, trotz des fehlenden signifikanten Testergebnisses im Mann-Whitney-U-Test, ähnlich stark für SUMWPAZPer_Johnson besserte wie die beiden Vergleichsgruppen. In der Interaktionsanalyse, mittels ANOVA/ANCOVA, konnte keine unterschiedliche Entwicklung des SUMWPAZPer_Johnson zwischen den drei Studiengruppen nachgewiesen werden.

Die Ausgangshypothese, die von einer unterschiedlichen Entwicklung der Zufriedenheit mit der Behandlung in den Interventionsgruppen der Patient*innen mit und ohne MH sowie der externen Kontrollgruppe nach Einführung der Recovery-Orientierung in die PUK SHK ausging, konnte somit anhand der Analysen des WPAZ nicht bestätigt werden.

Der Summenscore zum soziökonomischen Hintergrund und der Erkrankungsschweregrad nach GAF-Wert zeigten weder auf den, nach Johnson-Transformation, transformierten Summenscore des WPAZPat noch des WPAZPer einen signifikanten Einfluss.

12.1.2 Zusammenfassung der Ergebnisse zur Qualität der therapeutischen Beziehung nach Einführung der Recovery-Orientierung, bzw. des Weddinger Modells

Für die, nach Johnson-Transformation, transformierten Summenscores, SUMWAIP_Johnson und SUMWAIPer_Johnson, des Fragebogens zur Qualität der therapeutischen Beziehung konnte im Mann-Whitney-U-Test keine signifikante Verbesserung innerhalb der drei Studiengruppen (Interventionsgruppen mit und ohne MH sowie externe Kontrolle) nach Einführung der Recovery-Orientierung gezeigt werden. Bei der Analyse der Subskalen des WAI mittels Mann-Whitney-U-Test zeigte sich allerdings eine signifikante Besserung nach Einführung der Recovery-Orientierung (T1) für die Subskala Bindung, aus Patient*inneneinschätzung, in der Interventionsgruppe mit MH. Es handelte sich um einen Effekt mittlerer Effektstärke. Die Kontrollgruppen, Interventionsgruppe ohne MH und externe Kontrollgruppe, besserten sich hinsichtlich keiner Skala des WAI im Mann-Whitney-U-Test signifikant.

In der Auswertung der Gesamtsummenscores zur Qualität der therapeutischen Beziehung, mittels ANOVA, zeigte sich keine signifikante Interaktion, weder in der Personal- noch nach Patient*inneneinschätzung. Es zeigte sich aber ein tendenzieller Interaktionseffekt für den Gesamtsummenscore in der ANCOVA der Patient*innenversion des Working Alliance Inventory. Allerdings war der verwendete Datensatz in der Analyse mittels ANCOVA deutlich reduziert sowie die Effektstärke des gefundenen tendenziellen Effektes war gering. Zudem ist der tendenzielle Interaktionseffekt möglicherweise verzerrt, da zum Zeitpunkt T0 signifikant unterschiedliche Ausgangstestwerte für WAIP_Zi zwischen der Interventionsgruppe mit und ohne MH bestanden¹⁴. Der Effekt war rückführbar auf eine Besserung der Interventionsgruppe mit MH für SUMWAIP_Johnson im Vergleich zu der Interventionsgruppe ohne MH, die sich für SUMWAIP_Johnson leicht verschlechterte, sowie auf die externe Kontrollgruppe, die zu beiden Erhebungszeitpunkten niedrigere Testergebnisse zeigte als die Interventionsgruppe mit MH.

Hinsichtlich der Analyse der Subskalen des WAI (Bindung, Prozess, Ziele) konnte in der Patient*innenversion des Fragebogens eine signifikante Verbesserung der Subskala zur therapeutischen Beziehung (WAIP_Bi) für die Studiengruppe der Patient*innen mit

¹⁴ Zwischen den externen Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe ohne MH bestanden zudem signifikant unterschiedliche Ausgangstestwerte für WAIP_Pr.

Migrationshintergrund gezeigt werden. Dieser zeigte sich einerseits im Mann-Whitney-U-Test (s.o.), andererseits konnte er in einer, einer MANCOVA angeschlossenen, Post-Hoc-ANCOVA, anhand eines signifikanten Interaktionseffektes bestätigt werden. Es handelte sich um einen Effekt mittlerer Effektstärke.

Aus den Analysen der Gesamtsummenscores und Subskalen des WAI ergeben sich Hinweise, dass die Ausgangshypothese, dass die Patient*innen mit MH in besonderem Maß von der Einführung der Recovery-Orientierung profitieren könnten, teilweise zutreffen könnte. Die Einführung der Recovery-Orientierung, bzw. des Weddinger Modells, scheint sich positiv auf die therapeutische Bindung der Patient*innen mit MH zu*r Behandler*in ausgewirkt zu haben. Die weiteren Subskalen und die Gesamtsummenscores blieben allerdings von der Einführung der Recovery-Orientierung weitestgehend unbeeinflusst.

Weiterhin zeigte sich ein signifikanter Einfluss des Erkrankungsschweregrads auf den Gesamtsummenscore des WAIT, mittlerer Effektstärke, und auf die kombinierten Subskalen des WAIT, ebenfalls mittlerer Effektstärke. Der Summenscore zum sozioökonomischen Hintergrund zeigte keinen signifikanten Einfluss auf die Entwicklung des Gesamtsummenscores oder die Subskalen des WAI.

12.1.3 Zusammenfassung der Ergebnisse zur Änderung des Gesamtzustands nach Einführung des Weddinger Modells

Es zeigte sich im Kruskal-Wallis-Test für keine Studiengruppe eine signifikante Veränderung in der CGI-I-Scale (CGI-Improvement-Skala zur Änderung des Gesamtzustands). In der deskriptiven Analyse zeigten sich zu T1, verglichen zu T0, in beiden Interventionsgruppen der PUK SHK, prozentual mehr Behandler*innen*innen, die eine Zustandsverbesserung im CGI-Veränderungsmaß angaben. Für die Interventionsgruppe mit MH zeigte sich in der deskriptiven Analyse der Testwerte der CGI-I-Scale, im Vergleich zu den anderen Studiengruppen, die deutlichste Zunahme an Zustandsverbesserungen nach Einführung der Recovery-Orientierung, bzw. des Weddinger Modells: Anstieg der mit „besser“ oder „sehr viel besser“ gerateten Zustandsveränderungen von 66% auf 76% in der Interventionsgruppe mit MH, im Vergleich zu 61,5%, 2010, auf 63%, 2011, in der Interventionsgruppe ohne MH und 70,3%, 2010, auf 71,9%, 2011, in der externen Kontrollgruppe.

Allerdings wurde die Angabe, dass sich der Zustand "sehr viel gebessert" habe, für beide Interventionsgruppen der PUK SHK, nach Einführung der Recovery-Orientierung (Erhebungszeitpunkt T1), seltener gemacht als zum Erhebungszeitpunkt T0. Das Weddinger Modell scheint zu einer Abnahme „sehr viel besserer“ Zustandsänderungen in beiden Interventionsgruppen geführt zu haben. Im Vergleich zu der externen Kontrollgruppe war dieser Effekt im Kruskal-Wallis-Test nicht signifikant.

12.1.4 Zusammenfassung der Ergebnisse der Angehörigenbefragung nach Einführung des Weddinger Modells

Nach Einführung der Recovery-Orientierung, bzw. des Weddinger Modells, konnte für beide Interventionsgruppen ein größerer Angehörigenbefragungserfolg erzielt werden. Der Befragungserfolg für die Gruppe der Patient*innen mit MH konnte von 14% auf 20% gesteigert werden. Für die Gruppe der Patient*innen ohne MH stieg der Befragungserfolg von 20% auf 27%. Im Vergleich stieg der Befragungserfolg in den Kontrollkrankenhäusern von 6% auf 23%. Insgesamt könnte der gesteigerte Befragungserfolg für eine verbesserte Einbindung und Erreichbarkeit der Angehörigen in der Interventionsklinik für beide Interventionsgruppen sprechen. Eine signifikante Verbesserung des Angehörigenbefragungserfolgs in den Interventionsgruppen konnte im Vergleich zu der Kontrollgruppe allerdings nicht gezeigt werden.

12.2 Stärken und Schwächen der Studie

Eine der wesentlichen Stärken der vorliegenden Arbeit ist die Zusammenführung von Theorien zur Förderung einer kultursensiblen psychiatrischen Versorgung mit einer bisher wenig empirisch beforschten therapeutischen Haltung, der Recovery-Haltung. Die begonnene Auseinandersetzung erfolgte zunächst auf einer inhaltlich-theoretischen Ebene und wurde durch empirische Daten untermauert. In dem evaluierten stationären Versorgungskonzept wurden ausschließlich reguläre Krankenhausmittel verwendet. Demnach ist die Studie auf die Regelversorgung übertragbar. Die Effekte der Einführung der Recovery-Orientierung und ihre Anwendbarkeit wurden diagnoseübergreifend untersucht. Dies kann als Stärke der Studie gewertet werden, da die Anwendbarkeit der Recovery-Haltung für ein breites Diagnosespektrum geprüft wurde. Gleichzeitig kann die empirische Evaluation der diagnoseübergreifenden Anwendung der Recovery-Orientierung

statistisch signifikante Effekte möglicherweise verschleiern, da Betroffene mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, auf deren Engagement die Entwicklung der Recovery-Orientierung maßgeblich zurückgeht, möglicherweise stärker von der Einführung der Recovery-Orientierung profitieren als bspw. Patient*innen mit anderen psychiatrischen Erkrankungen.

Wesentliche Schwäche ist eine fragliche Rückführbarkeit der gemessenen Effekte auf die Recovery-Orientierung, da mit dem Weddinger Modell, neben der Einführung der Recovery-Haltung, weitere Veränderungen in der stationär-psychiatrischen Versorgung umgesetzt wurden. In Bezug auf die Daten der Patient*innen mit MH muss weiterhin erwähnt werden, dass es sich bei dem behandelnden Personal vorrangig um Personal ohne MH handelte sowie, dass sich die personelle Besetzung von 2010 zu 2011 leicht veränderte. Insbesondere erfolgte 2011 bspw. eine Neueinstellung eines ärztlichen Kollegen mit türkischem Migrationshintergrund auf die Station 36. Es ist nicht auszuschließen, dass die unterschiedliche personelle Besetzung die Studienergebnisse positiv oder negativ beeinflusst haben könnte.

Hinsichtlich der Repräsentativität der Untersuchung ist von Selektionsprozessen auszugehen, die die Repräsentativität der Studie für die Gruppe der Patient*innen mit MH einschränken. Die externe Validität ist somit eingeschränkt. Es ist wahrscheinlich, dass unzufriedene und unangepasste Patient*innen die Teilnahme an der Erhebung eher verweigerten. So nahmen beispielsweise kaum Patient*innen, die per PsychKG oder BGB untergebracht waren, an der Studie teil. Patient*innen mit MH und fehlenden Deutschsprachkenntnissen konnten in einigen Fällen nicht befragt werden. Fremdsprachige Fragebögen lagen nicht vor. Der Umfang der Studie, die zahlreichen Fragebögen und die zwischen ein bis drei Stunden andauernde Befragungszeit erforderten eine ausreichende Konzentrationsfähigkeit der Patient*innen, so dass schwerer von der Erkrankung Betroffene zum Teil nicht befragt werden konnten. Zudem setzte sich die Interventionsgruppe der Patient*innen mit Migrationshintergrund aus Patient*innen mit einer breiten ethnischen Vielfalt zusammen. Patient*innen mit einem unsicheren Aufenthaltsstatus waren in der Studiengruppe fast nicht vertreten. Es ergab sich in der Summe eine nicht repräsentative Selektion von Patient*innen mit Migrationshintergrund. Von einer Repräsentativität der Studienpopulation für die Patient*innen mit MH kann zusammenfassend nicht ausgegangen werden.

12.3 Diskussion der Methoden

Zu den methodischen Stärken der Studie gehört die Größe der Studienpopulation ($n=376$), sowie die über drei psychiatrische Berliner Kliniken verteilte Erhebung von Daten. Die Befragungserfolgsquote lag bei 26-29% im Interventionskrankenhaus und bei 42% in den Kontrollkrankenhäusern. Ein Mangel der Studie ist die geringe Stichprobengröße der Interventionsgruppe mit Migrationshintergrund ($n=59$) im Interventionskrankenhaus. Es besteht die Möglichkeit, dass aufgrund der geringen Stichprobengröße signifikante Testergebnisse nicht aufgedeckt werden konnten.

Aufgrund eines begrenzten Datenerhebungszeitraums und der fehlenden Möglichkeit der organisatorischen Umsetzbarkeit (die Einrichtung des Weddinger Modells konnte keinem Teil der Patient*innen vorenthalten werden) konnte keine Randomisierung erfolgen. Eine Verblindung war ebenfalls nicht möglich. Methodisch weist die Arbeit insgesamt einen akzeptablen Standard mit parametrischen und nichtparametrischen statistischen Analysen auf. Bei dem vorliegenden Design handelte es sich um ein quasi-experimentelles Design im Prä-Post-Vergleich von unabhängigen Stichproben. Die resultierende interne Validität ist gering. Eine geeignete externe Kontrollgruppe für die Patient*innen mit MH, die die Intervention nicht durchlief, fehlte. Insbesondere aufgrund der langen Zeitspanne zwischen dem Treatment as usual und der Umstellung auf das Weddinger Modell kann ein Einfluss weiterer Einflussfaktoren auf den Treatment-Effekt nicht ausgeschlossen werden. Zur Steigerung der internen Validität sind multiple Zeitreihen-Experimente erforderlich, die den Rahmen der vorliegenden Studie allerdings überschreiten. Der durch das Weddinger Modell erzielte Treatment-Effekt wird daher möglicherweise über- oder unterschätzt.

Die Erforschung der erarbeiteten Fragestellung stieß zudem in der Planung des methodischen Vorgehens auf die Schwierigkeit, dass keine etablierten, bereits auf Reliabilität und Validität geprüften Messinstrumente, die das komplexe Konstrukt der Recovery-Orientierung messen konnten, vorlagen. Zudem wurden die Manualtreue und die Umsetzung der Recovery-Haltung im stationär-psychiatrischen Alltag nicht überprüft. Die Erhebungsinstrumente WPAZ, WAI, CGI und GAF wurden von vielen unterschiedlichen Behandler*innen, sowie von unabhängigen Stichproben ausgefüllt, weswegen nur von einer eingeschränkten Vergleichbarkeit der erhobenen Daten der ersten und zweiten Erhebung ausgegangen werden kann. Ein systematischer Fehler im Sinne des Rosenthal-

Effekts ist in Bezug auf die, vom Personal, den Ärzt*innen und den Psychotherapeut*innen ausgefüllten, Fragebögen möglich. Ein weiterer systematischer Fehler ist durch den Effekt der sozialen Erwünschtheit im Ankreuzverhalten der teilnehmenden Patient*innen nicht auszuschließen. Weitere systematische Fehlerquellen ergeben sich aus der nicht immer einheitlichen Vorgehensweise der Interviewer*innen bei der Durchführung der Befragungen.

Für die Datenerfassung der Outcomeparameter „Behandlungserfolg“ und „therapeutische Beziehung“ wurden in der vorliegenden Studie bereits gut evaluierte und validierte Erhebungsinstrumente, die CGI-Skala sowie die deutsche Kurzform des Working Alliance Inventory (WAI-S), verwendet. Diese Fragebögen wurden durch das Personal oft erst nach Entlassung der Patient*innen aus der stationären Behandlung ausgefüllt, z. T. mit deutlicher zeitlicher Verzögerung, was die Zuverlässigkeit der Ergebnisse einschränkt. Beim WAI handelt es sich um ein Erhebungsinstrument mit guten psychometrischen Eigenschaften im stationären Setting (McCabe & Priebe, 2004). Die CGI-Skala ist ebenfalls ein auf alle psychiatrische Diagnosen anwendbares und etabliertes Instrument zur Messung des gesundheitlichen Gesamtzustands sowie dessen Verbesserung (Busner & Targum, 2007). Die Allianzskalen gelten als reliabel mit einer Interraterreliabilität von 0,92 (Martin et al., 2000). Die Einschätzung des Behandlungsergebnisses durch das ärztliche Personal mittels CGI erscheint insbesondere in der hiesigen Studie zu wenig präzise, eine ausreichende Trennschärfe in Bezug auf die Auswahlmöglichkeiten „Zustand ist sehr viel besser.“ und „Zustand ist viel besser.“ ist fraglich. Das ermittelte Testergebnis im CGI kann daher in der interindividuellen Variabilität des Antwortverhaltens der Prüfer*innen mitbegründet liegen. Möglicherweise handelt es sich bei dem Testergebnis auch um einen zufälligen Effekt ohne kausalen Zusammenhang zum Weddinginger Modell, resp. der Einführung der Recovery-Orientierung. Ein weiterer aufschlussreicher Outcomeparameter, ergänzend zum CGI, wäre die Dokumentation der Verbesserung des psychopathologischen Befundes. Dieser wurde aber, aufgrund des bereits hohen Umfangs der Studie und einen weniger symptombezogenen Behandlungsansatz in der Recovery-Orientierung, nicht erhoben.

Bezüglich der Erhebung der Zufriedenheit mit der Behandlung ist an erster Stelle zu erwähnen, dass quantitative Zufriedenheitsbefragungen häufig, so auch in der vorliegenden Studie, Testwerte im oberen Spektrum liefern (Elz, 2015). In qualitativen Untersuchungen wirken die Befragten weniger zufrieden (Williams et al., 1998). Das

Messinstrument zur Erfassung des Behandlungserfolgs und der Patient*innenzufriedenheit aus Patient*innen- und Personalsicht, der WPAZ, war für diese Studie neu entwickelt worden. Die Reliabilität des WPAZ ist nicht ausreichend belegt. In der durch Mahler et al. (Mahler et al., 2014) vollzogenen explorativen Faktorenanalyse waren fünf Faktoren extrahiert worden, deren Kennwerte und Faktorenlösungen nicht reproduzierbar waren. Die Fragebogenkategorie „Frage unzutreffend“ erwies sich als nachteilig und musste unter Zuhilfenahme der Berechnungen eines prozentualen Summenscores berücksichtigt werden. Je mehr Items ungültig beantwortet worden waren, desto mehr Gewicht erhielten die gültigen Items für die Gesamtzufriedenheit, was eine potentielle Quelle für eine Ergebnisverfälschung darstellt (vgl. (Elz, 2015)). Bezüglich der statistischen Testverfahren wurde, aus Mangel an alternativen statistischen Verfahren, eine Verletzung der Normalverteilung in der Auswertung des WPAZ (wie auch in der Auswertung des WAI) teilweise hingenommen. Eine weitere Fehlerquelle in den Analysen ergibt sich durch multiples Testen. Durch multiples Testen, das sich nicht vermeiden ließ, besteht eine höhere Wahrscheinlichkeit für das Auftreten eines Fehlers 1. Art. Im Falle von multiplen Testen wurde das Auftreten des Fehlers 1. Art durch Bonferroni-Korrektur reduziert.

Insgesamt ist eine grobe Verfälschung des Studienergebnisses durch die genannten Schwächen nicht anzunehmen, da durch diese vermutlich kaum Gruppenunterschiede in der vorliegenden Arbeit hervorgerufen wurden, die sich auf die Fragestellung ausgewirkt haben dürften.

12.4 Diskussion der Ergebnisse

12.4.1 Allgemeine Diskussion der Studienergebnisse

Im Folgenden wird zunächst auf allgemeine Einschränkungen bei der Diskussion der Ergebnisse der vorliegenden Studie eingegangen. Eine mögliche Ursache für ein nicht signifikantes Testergebnis im Rahmen dieser Studie könnte darauf zurückführbar sein, dass Änderungen im therapeutischen Prozess in den externen Kontrollkrankenhäusern, die zu einer Verbesserung der stationären Versorgung in der externen Kontrollgruppe geführt haben könnten, nicht registriert wurden. So arbeitete bspw. zum Zeitpunkt der zweiten Erhebung auch im Krankenhaus Weißensee eine Peer-Arbeiterin, die sich für die Stärkung und die Einführung der Peer-Arbeit in dem externen Kontrollkrankenhaus einsetzte. Hierdurch besteht die Möglichkeit, dass die ermittelten nicht signifikanten Veränderungen in

der Interventionsgruppe mit MH in der hiesigen Studie, nur fälschlicherweise, im Sinne eines falsch-negativen Studienergebnisses, nicht über den Behandlungseffekt im Treatment as usual Setting hinausgehend gewertet werden können. Des Weiteren kann anhand dieser Studie nicht geklärt und ausgeschlossen werden, dass sich Verbesserungen in Bezug auf verschiedene, insbesondere in dieser Studie nicht erhobene, Endpunkte erst nach einer längerfristigen Etablierung eines Recovery-orientierten Behandlungsmodells erzielen lassen. Hinsichtlich des Einflusses eines Recovery-orientierten Behandlungsansatzes, insbesondere in der Behandlung von Patient*innen mit Migrationshintergrund, besteht daher weiter Forschungsbedarf.

12.4.2 Diskussion der Ergebnisse des Fragebogens zur Zufriedenheit mit der Behandlung (WPAZ)

Es konnten für die Interventionsgruppe mit MH, nach Einführung der Recovery-Orientierung in die PUK SHK, keine signifikanten Verbesserungen und keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Entwicklung der Zufriedenheit mit der Behandlung, im Vergleich zur externen Kontrollgruppe und zur Interventionsgruppe ohne MH nachgewiesen werden. Die Ausgangshypothese, dass Patient*innen mit MH im besonderen Maß von der Einführung der Recovery-Orientierung profitieren könnten, konnte somit, hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Behandlung, nicht bestätigt werden.

Mögliche Gründe für ein falsch-negatives Studienergebnis, hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Behandlung, könnten die im Vergleich erhöhten Ausgangstestwerte in der Interventionsgruppe mit MH für den Summenscore des WPAZPat im Vergleich zur externen Kontrollgruppe, darstellen¹⁵. Da sich die Ausgangstestwerte der Interventionsgruppe mit MH allerdings zu T0 für SUMWPAZPat und SUMWPAZPer nicht signifikant von den Ausgangstestwerten der externen Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe ohne MH unterscheiden, ist eine deutliche Verzerrung des Studienergebnisses durch unterschiedliche Ausgangstestwerte unwahrscheinlich.

Zwischen den Testergebnissen der Personal- und der Patient*innenfragebögen bestand keine Korrelation (Mahler et al., 2014), was entweder für unterschiedliche Maßstäbe in der Bewertung der Behandlung durch das Personal und die Patient*innen spricht oder im

Studiendesign begründet liegen kann. Bei dem Patient*innenkollektiv handelte es sich, zu beiden Erhebungszeitpunkten, um unabhängige Stichproben, die den Prozess der Umstellung nicht miterlebten und nur die jeweils eigene Behandlung, nicht aber die Verbesserung durch die Einführung der Recovery-Orientierung beurteilen konnten. Möglicherweise erzielte daher die Patient*innenbefragung zum Zeitpunkt T0, im Sinne der sozialen Erwünschtheit und aus Dankbarkeit, da bereits das treatment as usual Setting möglicherweise als (sehr) hilfreich erlebt worden ist, bereits derart hohe Ausgangstestwerte, dass eine Verbesserung der Evaluation der Zufriedenheit mit der Behandlung von Seiten der Patient*innen zum Zeitpunkt T1, nur schwer zu erzielen war. Das Personal hingegen konnte zwischen den Therapieverläufen vor und nach Einführung der Recovery-Orientierung vergleichen und somit ggf. einen treffenderen Maßstab für die Bewertung der Behandlung heranziehen. Nimmt man die Einschätzungen des Personals im WPAZPer daher trotz fehlender signifikanter Interaktionsanalysen und trotz fehlender Korrelation zu den Patient*innenfragebögen ernst, bestehen Hinweise, dass für beide Interventionsgruppen (zusammengefasst), nach Einschätzung des Personals, nach Einführung der Recovery-Orientierung, Verbesserungen hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Behandlung erzielt werden konnten (vgl. hierzu auch Mahler et al., 2014). Allerdings zeigten sich die Verbesserungen für die Interventionsgruppe mit MH im Mann-Whitney-U-Test, nicht signifikant. Möglicherweise handelt es sich bei der Zielgruppe der vorliegenden Studie (der Interventionsgruppe mit MH) um eine zu kleine Stichprobe, um in dieser Studiengruppe allein, signifikante Verbesserungen durch die Recovery-Orientierung nachweisen zu können.

Integriert in den Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Behandlung wurden Fragen zu Partizipationsmöglichkeiten im Behandlungsprozess der Patient*innen (Mahler et al., 2014). Die von Mahler et al. (Mahler et al., 2014), in explorativer Faktorenanalyse, ermittelten Subskalen (Mahler et al., 2014) wurden in der vorliegenden Dissertation, aufgrund ihrer bisher fehlenden Validierung, nicht analysiert. Eine Verbesserung der Partizipationsmöglichkeiten nach Einführung der Recovery-Orientierung wurde bereits in einer qualitativen Untersuchung an der psychiatrischen Klinik Lüthi (Burr et al., 2013) nachgewiesen. Hinsichtlich dieses Ergebnisses besteht Übereinstimmung zwischen den Studienergebnissen von Mahler et al. und der genannten Studie. In der vorliegenden

¹⁵ Im Vergleich zur Interventionsgruppe ohne MH waren die Ausgangstestwerte der Interventionsgruppe mit MH zu T0 für SUMWPAZPat etwas niedriger und für SUMWPAZPer nur geringgradig höher. Der Unterschied der Ausgangs-

Studie konnte dieses Studienergebnis, für die Interventionsgruppe mit MH, nicht durch ein signifikantes Testergebnis bestätigt werden.

Einen falsch-positiven Einfluss auf die Daten der Personalversion des WPAZ in der zweiten Erhebung könnte ein, durch die Recovery-Schulungen im Interventionskrankenhaus angestoßener, Reflexionsprozess im behandelnden Team bewirkt haben. Es ist vorstellbar, dass das Personal sich der Umsetzung bereits vorhandener Recovery-Elemente zum Zeitpunkt der zweiten Erhebung bewusst wurde und dadurch positivere Einschätzungen in den Personalfragebögen vornahm. Weiterhin handelt es sich bei der Recovery-Orientierung um eine hoffnungstiftende Haltung, die sowohl bei den Patient*innen als auch beim Personal zu einer insgesamt optimistischeren Perspektive auf den Behandlungsprozess und somit rückwirkend zu einer optimistischeren Evaluation des Behandlungsergebnisses und die Zufriedenheit mit der Behandlung geführt haben könnte.

12.4.3 Diskussion der Ergebnisse des Working Alliance Inventory (WAI)

Nach Einführung des Weddinger Modells ließen sich im WAI in der Behandlung der Patient*innen mit Migrationshintergrund signifikante Verbesserungen in der therapeutischen Beziehung mit mittlerer Effektstärke zeigen, während dies für die Interventionsgruppe ohne Migrationshintergrund nicht der Fall war. Die Verbesserung hinsichtlich der therapeutischen Bindung (WAIP_Bi), die Gruppe der Patient*innen mit MH betreffend, zeigte sich sowohl im Mann-Whitney-U-Test, als auch in der ANCOVA, im Vergleich zu der externen Kontroll- und der Interventionsgruppe ohne MH, signifikant und könnte somit in nicht unwesentlichem Ausmaß durch die Einführung der Recovery-Orientierung, bzw. des Weddinger Modells, begründet sein. Dieses Ergebnis kann als ein nicht unwesentlicher positiver Effekt der Einführung der Recovery-Orientierung, bzw. des Weddinger Modells, in der Behandlung von Patient*innen mit MH gewertet werden, da die Bedeutung der therapeutischen Beziehung in der empirischen Forschung bereits als ein wichtiger Parameter für das Gelingen einer psychotherapeutischen/psychiatrischen Behandlung (McCabe & Priebe, 2004) und als wichtiger Faktor im Recovery-Prozess (Topor et al., 2006) belegt worden ist. Warum sich die Gruppe der Patient*innen mit MH signifikant im Erleben der therapeutischen Bindung verbessert hat und die Gruppe der

testwerte für SUMWPAZPer zwischen der externen Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe mit MH war minimal.

Patient*innen ohne MH nicht, ist, ob der zahlreich vorgenommenen Veränderungen im Rahmen des Weddinger Modells, schwer zu beurteilen und sollte in weiteren Studien herausgearbeitet werden. Denkbar ist die Verbesserung der therapeutischen Beziehung einerseits durch die Einführung der Recovery-Orientierung, andererseits auch durch die Bildung multiprofessioneller und, nach Möglichkeit, interkultureller Behandler*innenteams sowie durch den möglicherweise leicht gesteigerten Einbezug von Bezugspersonen. Vielleicht ist dieser Effekt allerdings auch durch die Neueinstellung von Personal mit Migrationshintergrund begründbar.

Nach den Daten der vorliegenden Untersuchung, scheint sich der sozioökonomische Hintergrund nicht signifikant auf die Entwicklung der therapeutischen Beziehung nach Einführung der Recovery-Orientierung aus zu wirken, was hinsichtlich der vorliegenden qualitativen Literatur überrascht (Davidson, Borg, et al., 2005) und in weiteren Studien beforscht werden könnte. Lediglich der Erkrankungsschweregrad zeigte einen signifikanten Einfluss auf die Qualität der therapeutischen Beziehung nach Einschätzung des Personals, was ebenfalls in zukünftigen Studien weiterer Aufmerksamkeit gebührt.

12.4.4 Diskussion der Ergebnisse des CGI

Im CGI zeigten sich nach Einführung der Recovery-Orientierung in beiden Interventionsgruppen prozentual mehr Behandler*innen, die eine Zustandsverbesserung im CGI-Veränderungsmaß angaben. Die Angabe, dass sich der Zustand „sehr viel gebessert“ habe, wurde nach Einführung der Recovery-Orientierung seltener gemacht. Es handelte sich hierbei um nicht signifikante Effekte im Vergleich der Interventionsgruppe mit MH zu den Kontrollgruppen (Interventionsgruppe ohne MH und externe Kontrollgruppe) und im Vergleich von T0 zu T1.

Der im Vergleich zu den Vergleichsgruppen stärkste Anstieg von Zustandsverbesserungen, in der Interventionsgruppe mit MH, könnte Hinweis auf einen Zugewinn der Einführung des Weddinger Modells, bzw. der Recovery-Orientierung, in der Behandlung von Patient*innen mit Migrationshintergrund darstellen. Möglicherweise konnte ein signifikantes Testergebnis für die CGI-I-Scale, aufgrund der geringen Stichprobengröße der Patient*innen mit MH, nicht erreicht werden. Bei dem Effekt der Abnahme „sehr viel besserer“ Zustandsveränderungen handelt es sich demgegenüber um einen negativ zu bewertenden Effekt nach Einführung des Weddinger Modells in die PUK SHK. Eine Studie, die einen

ähnlichen Effekt nachweisen konnte, existiert bisher nicht. Die Abnahme der „sehr viel besseren Gesundheitszustände“ in der Interventionsgruppe der Patient*innen ohne MH ist möglicherweise begründet durch die oben genannten statistischen Mängel, wäre aber in weiteren Studien zur Einführung der Recovery-Orientierung im stationären Alltag ebenfalls genauer zu beleuchten. Es ergeben sich aus diesem Testergebnis viele weiterführende Fragen, die in der vorliegenden Arbeit nicht beantwortet werden können: Liegt die gezeigte Abnahme „sehr viel gebesserter“ Zustandsänderungen bspw. in einer Schwächung der Fürsorgepflicht durch die Behandler*innen begründet? Resultiert sie aus einem schwer bewältigbarem organisatorischen Aufwand? Hatten die Behandler*innen, durch die Stärkung der Patient*innenorientiertheit und Partizipationsmöglichkeiten der Patient*innen, den Eindruck, sie hätten weniger geholfen, obwohl der Benefit der Behandlung dem Treatment as usual mindestens gleichbedeutend oder sogar überlegen war? Handelt es sich bei der ermittelten Verschlechterung um einen zufälligen Effekt? Waren die Patient*innen an die Umstellung der therapeutischen Haltung noch nicht gewöhnt, was sich auf den therapeutischen Prozess negativ auswirkte? Ist die Inkaufnahme einer möglichen Verschlechterung des globalen Gesundheitszustands durch den positiven Effekt auf die therapeutische Beziehung für die Gruppe der Patient*innen mit MH und die, durch Mahler et al. (Mahler et al., 2014) gefundene Zunahme, der Verbesserung der Partizipationsmöglichkeiten für die Gruppe der Patient*innen ohne Migrationshintergrund sowie der Resilienz rechtfertigbar? Wie wirken sich die letztgenannten Effekte auf den langfristigen Therapieerfolg von Patient*innen mit und ohne MH aus? Verbessern sie langfristig die Lebensqualität und die Prognose der Patient*innen?

12.4.5 Diskussion der Ergebnisse der Angehörigenbefragung

Weiterhin als Erfolg, mit fraglicher Rückführbarkeit auf die Einführung der Recovery-Orientierung, bzw. des Weddinger Modells, ist die nicht signifikante Steigerung der Angehörigenbefragungserfolgsquote zu werten. Dieses Ergebnis unterliegt allerdings vermutlich, aufgrund des unterschiedlichen Vorgehens der verschiedenen Untersucher*innen in der Kontaktaufnahme zu den Angehörigen, einem großen systemischen Fehler. Eine verbesserte Einbindung in ein stabiles soziales Umfeld konnte in einer vergangenen internationalen Studie, insbesondere in den sogenannten Entwicklungsländern, als ein wichtiger günstiger prognostischer Faktor bei, an Schizophrenie, Erkrankten nachgewiesen werden (Harrison et al., 2001), daher ist der

verbesserte Einbezug von Angehörigen in den therapeutischen Prozess als Wirkfaktor nicht zu unterschätzen. Insbesondere in der Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund könnte sich ein verbesserter Einbezug des sozialen Unterstützungssystems positiv auswirken, da „soziale Unterstützung vor allem von der Familie und auch als andauernder und über regelmäßige Kontakte verfügbarer Support für Migrant*innen im Krankheitsfall und für den allgemeinen Gesundheitszustand sehr hilfreich sein kann“ (Kupfer & Gamper, 2020). Eine verbesserte Einbindung der Angehörigen in den Stationsalltag lässt sich anhand der vorliegenden Daten nur vermuten, nicht eindeutig beweisen. Eine Studie die eine Besserung des Angehörigeneinbezugs durch Einführung der Recovery-Orientierung zeigen konnte, ist bisher nicht publiziert.

12.4.6 Allgemeine inhaltliche Ergebnisdiskussion

Wie unter (12.3) erwähnt, ist der tatsächliche Zugewinn durch die Einführung des Weddinger Modell (WM) und der Recovery-Orientierung in der Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund schwer zu operationalisieren und zu messen. Des Weiteren wurden mit der Einführung des Weddinger Modells unterschiedliche soziotherapeutische Konzepte in den stationären Alltag (wieder-)eingeführt. Im Nachhinein ist schwer überprüfbar, welches dieser Konzepte kausal mit den in dieser Studie gemessenen Veränderungen in Beziehung steht.

In der hiesigen Studie scheint sich das Weddinger Modell, bzw. die Recovery-Orientierung, in der Behandlung von den in Berlin Wedding lebenden Patient*innen mit Migrationshintergrund in der Tendenz, insbesondere hinsichtlich der Qualität der therapeutischen Beziehung, positiv, auszuwirken. Dieses Ergebnis entspricht dem Studienergebnis einer Studie aus den USA mit multiethnischer Stichprobe (67% European-American, 24% African-American, 1% Asian-American, 1% Latino/Hispanic-American, 2% Native-American und 5% multiethnisch oder anderer Ethnizität) (Bullock et al., 2009). Es konnten in der genannten Studie, nach Einführung einer Recovery-orientierten Schulung, Verbesserungen in der Lebensqualität, in einer Empowerment- und Recoveryskala sowie in der durchschnittlichen Symptombelastung für die Gesamtstichprobe gefunden werden. Die Studienergebnisse der unterschiedlichen Ethnien wurden nicht miteinander verglichen. Bei der Schulung handelte es sich um die Durchführung eines ambulanten Recovery-orientierten Psychoedukationsprogramms, ergänzt durch die Vermittlung von kulturellen Kompetenzen.

Eine Übertragbarkeit der Forschungsergebnisse aus den USA auf das in Deutschland lebende Patient*innenklientel ist nicht gegeben. Zum Zeitpunkt des Beginns der Debatten zur Recovery-Orientierung in den USA bestanden zwischen der psychiatrischen Versorgung der USA und Deutschland deutliche Unterschiede, wie bspw. das Fehlen einer gesamtgesellschaftlichen gesetzlichen Krankenversicherung in den USA. Dies könnte einen entscheidenden Einfluss auf die Wirksamkeit von, in den USA entwickelten, Behandlungskonzepten haben, wenn sie in der Behandlung des in Deutschland lebenden Patient*innenklientels angewandt werden. Unterschiedliche Ausgangsvoraussetzungen oder kulturelle Unterschiede könnten eine unterschiedliche Relevanz der Recovery-Orientierung in den unterschiedlichen kulturellen Kontexten bedingen (vgl. hierzu auch Adenponle et al. (Adeponle et al., 2012)). Konkret auf Deutschland bezogen wurden bspw. einige der, dem Weddinger Modell zugrundeliegenden Konzepte, wie das Konzept des Empowerments, die Soteria-Bewegung, die Bedürfnisangepasste Therapie, der Dialog, die Angehörigenvisiten, die Behandler*innenkontinuität und die multiprofessionellen Behandler*innenteams, teilweise bereits in der sozialpsychiatrischen Bewegung seit der Psychiatrie-Enquête der 70er Jahre diskutiert und je nach Klinik individuell umgesetzt (vgl. Burr et al., 2013). Es besteht die Möglichkeit, dass die Umsetzung dieser sozialpsychiatrischen Inhalte, in der sich für die Studie zur Verfügung stellenden psychiatrischen Klinik, der PUK SHK der Charité Berlin, bereits gegeben war, während andere weniger sozialpsychiatrisch orientierte Kliniken deutlicher als die Interventionsklinik von dem Behandlungsansatz des Weddinger Modells sowie der Einführung der Recovery-Orientierung profitieren könnten. Insgesamt lässt sich zum jetzigen Zeitpunkt feststellen, dass die Recovery-Orientierung auch in der deutschsprachigen Literatur und in schriftlichen Debatten als gewinnbringende Ergänzung des deutschen sozialpsychiatrischen Versorgungssystems erlebt wird (Tschinke, 2018). Dass dies durch eine übersteigerte Euphorie von Seiten der Vertreterinnen der Recovery-Orientierung oder eine zu unkritische Prüfung der Inhalte der Recovery-Orientierung herrührt, ist aufgrund der zahlreichen Debatten (Davidson, O'Connell, et al., 2005) unwahrscheinlich, obwohl die hier vorliegenden Studienergebnisse nicht in allen Bereichen eindeutig für eine Verbesserung des Behandlungsprozesses, insbesondere für die Patient*innen mit MH, nach Einführung der Recovery-Orientierung sprechen. Das subjektive Erleben ehemaliger Psychiatriepatient*, wie R. Coleman und P. E. Deegan, verdient dennoch Beachtung und veranlasst mindestens zu einer reflexiven Auseinandersetzung mit den Inhalten der Recovery-Orientierung.. Insbesondere der hoffnungstiftende Ansatz der Recovery-

Orientierung könnte möglicherweise auch niedergelassene Therapeut*innen in ihrer Motivation bestärken, auch schwer erkrankte psychiatrische Patient*innen (mit und ohne MH) ambulant zu begleiten. Allerdings konnte in der Analyse nach Mahler et al. (Mahler et al., 2014) keine Besserung der Mitarbeiter*innenzufriedenheit nach Einführung der Recovery-Orientierung nachgewiesen werden, so dass die Förderung der Behandlungsmotivation gegenüber schwer erkrankten, psychiatrischen Patient*innen durch Vermittlung der Recovery-Haltung fraglich bleibt. Das Patient*innenklientel der Menschen mit Migrationshintergrund betreffend ist zu vermuten, dass in den unterschiedlichen kulturellen Kontexten eine unterschiedlich starke Stigmatisierung psychiatrischer Krankheitsbilder vorherrscht (Angermeyer et al., 2004). Der Ansatz der Recovery-Orientierung könnte der jeweils vorherrschenden Stigmatisierung einen hoffnungsvollen und hilfreichen Gegenentwurf einer persönlichen und professionellen Haltung entgegen setzen und somit, trotz noch fehlender empirischer Belege, für dieses Patient*innenklientel hilfreich sein.

Allerdings ist gleichzeitig darauf hinzuweisen, dass in einer Studie in einem psychiatrischen Wohnheim in Deutschland, Grenzen der Recovery-Orientierung diskutiert wurden. Sozioökonomische Bedingungen, Stigmatisierung und das Schaffen irrealer Hoffnung bei Betroffenen, in einem System der Leistungsfähigkeit, wurden als Hindernisse im Recovery-Prozess benannt (Dümmler & Sennekamp, 2015). Diese Faktoren könnten auch in der Behandlung von Patient*innen mit Migrationshintergrund eine Rolle spielen. Insbesondere in der Phase der Überkompensation nach Sluzki (Sluzki, 2001) könnten Patient*innen mit Migrationshintergrund anfällig sein für überschwänglichen Optimismus mit nachfolgenden Enttäuschungen. Des Weiteren betonen Davidson et al. (Davidson, Borg, et al., 2005) den positiven Einfluss ausreichend hoher finanzieller Mittel auf den Recovery-Prozess von Patient*innen mit psychiatrischer Erkrankung. Zwar konnte in der vorliegenden Studie kein signifikanter Einfluss des sozioökonomischen Status auf die gemessenen Zielvariablen gezeigt werden, dieses Ergebnis sollte aber in weiteren Studien, da es sich hier als widersprüchlich zu der oben genannten Studie (Davidson, Borg, et al., 2005) darstellt, überprüft werden. Patient*innen mit Migrationshintergrund sind oftmals sozioökonomisch im Vergleich zur deutschen Kontrollgruppe schlechter gestellt (s. Daten zur deskriptiven Statistik, sowie (Bundesamt, 2017)). Vor einem überschwänglichen Optimismus gilt es daher eventuell diese Patient*innengruppe, insbesondere sozioökonomisch schlechter gestellter Patient*innen mit Migrationshintergrund, zu schützen.

Aus der inhaltlichen Einleitung der vorliegenden Arbeit kann noch geschlussfolgert werden, dass die Anwendung der Recovery-Orientierung in der Behandlung von Patient*innen mit Migrationshintergrund durch kultursensible Elemente ergänzt werden sollte. Diese gehen über den Einsatz von Kultur- und Sprachdolmetschern hinaus und erfordern, je nach kulturellem, ethnischem und historischem, möglicherweise auch geographischem Background, einen Einbezug individueller kulturspezifischer und migrationsspezifischer Inhalte (K. Behrens & I. T. Calliess, 2008) sowie die Berücksichtigung der Folgen von Kolonialisierung und der damit einhergehenden Verwundung von Identitäten (Lavallee & Poole, 2009) sowie die Offenheit gegenüber einem kulturspezifischen Verständnis von „mental-health“ (Lavallee & Poole, 2009).

Zusammenfassend erscheint eine kultursensible psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung mit der Einführung der Recovery-Orientierung gut vereinbar, sie sollte aber weiterhin die in dieser Arbeit teilweise zur Sprache gekommenen, teilweise nicht zur Sprache gekommenen, vielfältigen Anforderungen einer kultursensiblen Versorgung nicht vernachlässigen und Kultursensibilität in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung weiter fördern.

12.5 Bewertung und Ausblick

Die Behandlung nach der sich seit den 80er Jahren etablierenden Recovery-Orientierung, erwies sich in der vorliegenden Studie als tendenziell hilfreich in der Behandlung der Patient*innen mit Migrationshintergrund. Aufgrund der fehlenden Repräsentativität und der methodischen Mängel der Studie kann nicht von Validität, Reproduzierbarkeit und Repräsentativität dieses Ergebnisses ausgegangen werden. Um zu einem epidemiologisch ausreichend belegten Ergebnis der, in dieser Arbeit, diskutierten Fragestellung zu gelangen, sind weitere umfangreiche Studien nötig, die u. a. auch Patient*innen mit Migrationshintergrund ohne sicheren Aufenthaltsstatus und mit mangelhaften Deutschsprachkenntnissen einbeziehen. Eine Untersuchung, die Menschen mit Migrationshintergrund verschiedener Ethnizität und Kultur hinsichtlich ihres Profits und ihrer Kenntnis der Recovery-Orientierung befragt, könnte weitere Erkenntnisse liefern. Weiterhin wäre eine Wirksamkeitsevaluierung der Recovery-Orientierung in psychiatrischen Einrichtungen mit anderen Schwerpunkten, wie bspw. der ambulanten psychiatrischen Versorgung oder der forensischen Medizin, interessant. In den USA gefundene negative

und stresserzeugende Aspekte der Recovery-Orientierung, wie zu finden bei Myers (Myers, 2010), sollten für die Gruppe der Patient*innen mit Migrationshintergrund geprüft werden. Weiterhin sollte die in der vorliegenden Studie in Teilen ermittelte Abnahme „sehr viel besserer“ Zustandsveränderungen in der CGI-I-Scale überprüft und diskutiert werden. Zudem wäre es hilfreich den Einfluss des sozioökonomischen Hintergrundes sowie des Erkrankungsschweregrads auf den Recovery-Prozess empirisch erneut zu untersuchen, da sich diesbezüglich teilweise widersprüchliche Ergebnisse in der analysierten Literatur fanden.

Es bleibt zu erwähnen, dass derzeit noch über diese Studie hinausgehend Schulungen im untersuchten Interventionskrankenhaus (der PUK SHK) fortgesetzt werden, um die Umsetzung der Recovery-Orientierung zu vertiefen. Der einjährige Umstellungsprozess und der kurze Erhebungszeitraum reichen nicht aus um langfristige Effekte der Recovery-Orientierung auf die Behandlungsergebnisse von Patient*innen mit Migrationshintergrund zu erfassen. Langzeitstudien sind erforderlich, um zu evaluieren, ob es sich bei den hier gefundenen Effekten um zufällige Effekte handelt, oder ob die Einführung der Recovery-Orientierung langfristig zu Verbesserungen in der stationär-psychiatrischen Versorgung, bzw. in Bezug auf die Resilienz der Patient*innen, ihrem Copingverhalten, ihrer Lebensqualität, ihrem Selbstwertgefühl, ihrem sozialen und beruflichen Funktionsniveau, auf die Qualität der therapeutischen Beziehung sowie auf den langfristigen Behandlungserfolg, führen kann.

14 Literaturverzeichnis

- Aas, I. H. M. (2011). Guidelines for rating Global Assessment of Functioning (GAF). *Annals of General Psychiatry, 10*, 2-2. <https://doi.org/10.1186/1744-859x-10-2>
- Adeponle, A., Whitley, R., & Kirmayer, L. J. (2012). Cultural contexts and constructions of recovery. In Rudnick, A., (Ed.), *International perspectives in philosophy and psychiatry. Recovery of people with mental illness: Philosophical and related perspectives* (p. 109–132). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199691319.003.0008>
- Allen, M. (2017). *The SAGE Encyclopedia of Communication Research Methods*. SAGE Publications. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.4135/9781483381411>
- Amering, M., & Schmolke, M. (2007). *Recovery - Das Ende der Unheilbarkeit*. Psychiatrie Verlag.
- Anczewska, M., Multarzyńska, A., Krzyżanowska-Zbucka, J., Roszczyńska-Michta, J., Waszkiewicz, J., & Tucholska, J. (2014). Lessons from the Recovery Training Program for Service Users Empowerment. *American Journal of Educational Research, 2*(9), 709-712.
- Angermeyer, M. C., Buyantugs, L., Kenzine, D. V., & Matschinger, H. (2004). Effects of labelling on public attitudes towards people with schizophrenia: are there cultural differences? *Acta Psychiatr Scand, 109*(6), 420-425.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 16*(4), 11-23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Ateş, C., Kaymaz, Ö., Kale, H. E., & Tekindal, M. A. (2019). Comparison of Test Statistics of Nonnormal and Unbalanced Samples for Multivariate Analysis of Variance in terms of Type-I Error Rates. *Computational and Mathematical Methods in Medicine, 2019*, 2173638. <https://doi.org/10.1155/2019/2173638>
- Barbic, S., Krupa, T., & Armstrong, I. (2009). A randomized controlled trial of the effectiveness of a modified recovery workbook program: preliminary findings. *Psychiatr Serv, 60*(4), 491-497. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.60.4.491>
- Behrens, K., & Calliess, I. T. (2008). Gleichbehandlung ohne gleiche Behandlung: Zur Notwendigkeit der Modifikation therapeutischer Strategien für die Arbeit mit Migranten [Integration without Equalization: On Necessary Modifications of Therapeutic Strategies in the Treatment of Migrants]. *Fortschr Neurol Psychiatr, 76*(12), 725-733. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1038251>
- Behrens, K., & Calliess, I. T. (2008). Migration biography and culture as determinants of diagnostic and therapeutic processes in mentally ill immigrants. A systematic differentiation based on a qualitative content analysis of treatment courses. *Psychother Psychosom Med Psychol, 58*(3-4), 162-168. <https://doi.org/10.1055/s->

2008-1067355 (Migration und Kultur als Determinanten diagnostischer und therapeutischer Prozesse bei seelisch erkrankten Migranten. Eine systematische Differenzierung anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse von Behandlungsverläufen.)

Berlin-Brandenburg, A. f. S. (2014). Zensus 2011 - Ausländische Bevölkerung in Berlin und Brandenburg. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. Retrieved 28.10.2018 from https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/publikationen/aufsaeetze/2014/06_Staatsangehoerigkeit.pdf

Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2014. (2015, 30.10.2015). Retrieved 17.12.2015 from <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Mikrozensus.html>

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>

Boutillier, C. L., Leamy, M., Bird, V. J., Davidson, L., Williams, J., & Slade, M. (2011). What Does Recovery Mean in Practice? A Qualitative Analysis of International Recovery-Oriented Practice Guidance. *Psychiatric services*, 62(12), 1470-1476. <https://doi.org/doi:10.1176/appi.ps.001312011>

Bühning, P. (2017). Migration und Gesundheit: Noch keine interkulturelle Öffnung. *Deutsches Ärzteblatt*, 48(114), 2268.

Bullock, W. A., Sage, J., Hupp, D., Ozbey, T., O'Rourke, M., Smith, M. K., Wesp, K., Wilcox, M. D., Rich, P. S., & Pieples, L. G. (2009). From illness to wellness: An evaluation of Ohio's wellness management and recovery (WMR) program in community mental health and consumer-operated service agencies. *New Research in Mental Health*, 18, 312-321.

Burr, C., Schulz, M., Winter, A., & Zuaboni, G. (2013). Recovery in der Praxis: Voraussetzungen, Interventionen, Projekte. Psychiatrie-Verlag.

Busner, J., & Targum, S. D. (2007). The clinical global impressions scale: applying a research tool in clinical practice. *Psychiatry (Edgmont)*, 4(7), 28-37.

Cantor-Graae, E., & Selten, J. P. (2005). Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *Am J Psychiatry*, 162(1), 12-24. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.1.12>

Chue, P. (2006). The relationship between patient satisfaction and treatment outcomes in schizophrenia. *Journal of Psychopharmacology* 20, 38-56.

Coleman, R. (Ed.). (1999). Recover - an alien concept. Handsell Publishing.

Davidson, L., Borg, M., Marin, I., Topor, A., Mezzina, R., & Sells, D. (2005). Processes of Recovery in Serious Mental Illness: Findings from a Multinational Study. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 8(3), 177-201.

<https://doi.org/10.1080/15487760500339360>

- Davidson, L., O'Connell, M., Tondora, J., Staeheli, M., & Evans, A. (2005). Recovery in Serious Mental Illness: A New Wine or Just a New Bottle? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 480-487. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.5.480>
- Deegan, P. E. (1988). The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11, 11-19.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie u. Neurologie (2013). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen [https://doi.org/DOI 10.1007/978-3-642-30270-1](https://doi.org/DOI%2010.1007/978-3-642-30270-1)
- DIMDI. (2011). Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. DIMDI. Retrieved 23.01.2019 from <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2011/block-f30-f39.htm>
- Dümmler, W., & Sennekamp, W. (2015). Recovery im psychiatrischen Wohnheim: Chancen und Grenzen des Konzepts bei Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung. Centaurus Verlag & Media.
- Elz, C. (2015). Patientenzufriedenheit und therapeutische Allianz untergebrachter und freiwilliger psychiatrischer Patienten im Vergleich Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin. Berlin.
- Erim, Y. (2009). Klinische interkulturelle Psychotherapie - Ein Lehr- und Praxisbuch. Kohlhammer GmbH.
- Farkas, M. (2007). The vision of recovery today: what it is and what it means for services. *World Psychiatry*, 6(2), 68-74.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS*. SAGE Publications.
- Finch, H. (2005). Comparison of the Performance of Nonparametric and Parametric MANOVA Test Statistics when Assumptions Are Violated. *Methodology*, 1(1), 27-38. <https://doi.org/10.1027/1614-1881.1.1.27>
- Geiling, K. (2015). Spiegeln sich die Konstrukte Selbstermächtigung und Behandlungszufriedenheit im psychiatrischen Funktionsniveau wider? Charité - Universitätsmedizin Berlin. Berlin. <https://d-nb.info/1079524959/34>
- Glass, G. V., Peckham, P. D., & Sanders, J. R. (1972). Consequences of Failure to Meet Assumptions Underlying the Fixed Effects Analyses of Variance and Covariance. *Review of Educational Research*, 42(3), 237-288. <https://doi.org/10.3102/00346543042003237>
- Guy, W. (1976). The Clinical global Impression Scale. *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology-Revised*, 218–222.

- Harrison, G., Hopper, K., Craig, T., Laska, E., Siegel, C., Wanderling, J., Dube, K. C., Ganev, K., Giel, R., an der Heiden, W., Holmberg, S. K., Janca, A., Lee, P. W., Leon, C. A., Malhotra, S., Marsella, A. J., Nakane, Y., Sartorius, N., Shen, Y., Skoda, C., Thara, R., Tsirkin, S. J., Varma, V. K., Walsh, D., & Wiersma, D. (2001). Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. *Br J Psychiatry*, *178*, 506-517.
- Heim, G., & Diefenbacher, A. (1998). Unterschiede in der Remission somatischer und depressiver Symptome bei türkischen und deutschen depressiven Patienten nach stationärer Therapie. In Stieglitz, R.-D., Erdmann, F., & Möller, H.-J. (Eds.), *Syndromale Diagnostik psychischer Störungen*. Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, *36*, 223-233.
- Huberty, C., & Petoskey, M. (2000). Multivariate Analysis of Variance and Covariance. In *Handbook of Applied Multivariate Statistics and Mathematical Modeling* (pp. 183-208). <https://doi.org/10.1016/b978-012691360-6/50008-2>
- Jamieson, S. (2004). Likert scales: how to (ab)use them. *Medical education*, *38*(12), 1217-1218. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2004.02012.x>
- Kalman, T. P. (1983). An overview of patient satisfaction with psychiatric treatment. *Hospital & Community Psychiatry*, *34*(1), 48-54.
- Kieserling, A. (2008, 06.09.2020). Felder und Klassen: Pierre Bourdieus Theorie der modernen Gesellschaft. *Zeitschrift für Soziologie*, *1*(37), 3-24.
- Knipper, M., & Bilgin, Y. (2009). Migration und Gesundheit. <https://doi.org/10.13140/2.1.2602.9765>
- Koch, E., Assion, H. J., Bender, M., & Siefen, R. G. (2014). Interkulturelle Öffnung der psychiatrischen Kliniken in Deutschland. Ergebnisse einer Umfrage des Arbeitskreises Psychiatrie und Migration der Bundesdirektorenkonferenz. *Nervenheilkunde*, *33*(6), 427-433.
- Koch, E., Hartkamp, N., Siefen, R. G., & Schouler-Ocak, M. (2008). Patienten mit Migrationshintergrund in stationär-psychiatrischen Einrichtungen. *Der Nervenarzt*, *79*(3), 328-339. <https://doi.org/10.1007/s00115-007-2393-y>
- Kupfer, A., & Gamper, M. (2020). Migration als gesundheitliche Ungleichheitsdimension? Natio-ethno-kulturelle Zugehörigkeit, Gesundheit und soziale Netzwerke. In A. Klärner, M. Gamper, S. Keim - Klärner, I. Moor, H. von der Lippe, & N. Vonneilich (Eds.), *Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten: Eine neue Perspektive für die Forschung* (pp. 369-397). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-21659-7_16
- Lavallee, L. F., & Poole, J. (2009). Beyond Recovery: Colonization, Health and Healing for Indigenous People in Canada. *International Journal of Mental Health and Addiction* (2010), *8*(1):271-281. <https://doi.org/DOI 10.1007/s11469-009-9239-8>

- Lo Baido, R., La Grutta, S., Bressi, C., Mauri, M., & Trombini, E. (2004). The Female Genital Mutilations (FGM): a clinical and psychopathological study on a group of immigrants in Sicily. *Rivista di psichiatria*, 39(4), 229-237. <https://doi.org/10.1708/70.720>
- Machleidt, W. (2002). Die 12 Sonnenberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen in Deutschland. *Der Nervenarzt*, 73(12), 1208-1212. <https://doi.org/10.1007/s00115-002-1460-7>
- Mahler, L., Jarchov-Jàdi, I., Montag, C., & Gallinat, J. (Eds.). (2014). Das Weddinger Modell - Resilienz und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext (1 ed.). Psychiatrie Verlag.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*, 68(3), 438-450.
- McCabe, R., & Priebe, S. (2004). The therapeutic relationship in the treatment of severe mental illness: a review of methods and findings. *Int J Soc Psychiatry*, 50(2), 115-128. <https://doi.org/10.1177/0020764004040959>
- McGuire, A. B., Kukla, M., Green, A., Gilbride, D., Mueser, K. T., & Salyers, M. P. (2013). Illness Management and Recovery: A Review of the Literature. *Psychiatr Serv*. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200274>
- Morawa, E., & Erim, Y. Traumatische Erlebnisse und Traumafolgestörungen bei Migranten in Deutschland. Retrieved 31.3.2016 from <http://www.transkulturellepsychiatrie.de/wp-content/uploads/2015/12/DTPPP.2015.2.pdf>
- Möske, M., Schneider, J., Koch, U., & Schulz, H. (2008). Beeinflusst der türkische Migrationshintergrund das Behandlungsergebnis? [Does a Turkish Migration Background Influence Treatment Outcome?]. *Psychother Psych Med*, 58(03/04), 176-182. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1067352>
- Myers, N. L. (2010). Culture, stress and recovery from schizophrenia: lessons from the field for global mental health. *Cult Med Psychiatry*, 34(3), 500-528. <https://doi.org/10.1007/s11013-010-9186-7>
- Norman, G. (2010). Likert scales, levels of measurement and the "laws" of statistics. *Advances in Health Sciences Education*, 15(5), 625-632. <https://doi.org/10.1007/s10459-010-9222-y>
- Nowak, I., Waszkiewicz, J., Świtaj, P., Sokół-Szawłowska, M., & Anczewska, M. (2017). A Qualitative Study of the Subjective Appraisal of Recovery Among People with Lived Experience of Schizophrenia in Poland. *Psychiatric Quarterly*, 88(3), 435-446. <https://doi.org/10.1007/s1126-016-9459-6>
- Olson, C. L. (1979). Practical considerations in choosing a MANOVA test statistic: A rejoinder to Stevens. *Psychological Bulletin*, 86(6), 1350-1352.

<https://doi.org/10.1037/0033-2909.86.6.1350>

- Onken, S. J., Craig, C. M., Ridgway, P., Ralph, R. O., & Cook, J. A. (2007). An analysis of the definitions and elements of recovery: a review of the literature. *Psychiatr Rehabil J*, 31(1), 9-22.
- Penka, S. (2016). „Die interkulturelle Öffnung von psychosozialen Versorgungsangeboten und Substitutionsbehandlungen in Berlin sowie stationären psychiatrischen Einrichtungen in Deutschland“ Charité - Universitätsmedizin Berlin. Berlin. https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/1040/Diss_Penka_S.pdf;jsessionid=ECA62A1531843AFE3884264CD50FA92B?sequence=1
- Penka, S., Faißt, H., Vardar, A., Borde, T., Mösko, M., Dingoyan, D., Schulz, H., Koch, U., Kluge, U., & Heinz, A. (2015). Der Stand der interkulturellen Öffnung in der psychosozialen Versorgung- Ergebnisse einer Studie in einem innerstädtischen Berliner Bezirk. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 65, 353-362.
- Penka, S., Krieg, S., Wohlfarth, E., & Heinz, A. (2004). Suchtprobleme bei Migranten - Gemeinsamkeiten und Unterschiede. *psychoneuro*, 30(07), 401-404. <https://doi.org/10.1055/s-2004-831086>
- Pinquart, M. (2011). Soziale Bedingungen psychischer Störungen. In Wittchen, H.-U. & Hoyer, J. (Eds.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (pp. 319-335). Springer-Verlag.
- Ramon, S., Healy, B., & Renouf, N. (2007). Recovery from mental illness as an emergent concept and practice in Australia and the UK. *Int J Soc Psychiatry*, 53(2), 108-122.
- Schilcher, C. (2001). Der Beitrag von Pierre Bourdieu zur Sozialstrukturanalyse der gegenwärtigen Gesellschaften [Diploma thesis, TU Darmstadt]. Darmstadt. <http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/Bourdieu%20-%20sozialstrukturanalyse.pdf>
- Schmidt, J., Lamprecht, F., & Wittmann, W. W. (1989). [Satisfaction with inpatient management. Development of a questionnaire and initial validity studies]. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 39(7), 248-255. (Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen.)
- Schouler-Ocak, M. (2015). Psychiatrische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. *Der Nervenarzt*, 86(11), 1320-1325. <https://doi.org/10.1007/s00115-015-4333-6>
- Schrank, B., & Amering, M. (2007). Recovery in mental health. *Neuropsychiatrie*, 21(1), 45-50.
- Schulz, M. Recovery und Selbstmanagement bei Depression. Fachhochschule der Diakonie Bielefeld. Retrieved 01.05.2021 from <https://www.lwl.org/527->

download/pdf/Vortraege/Recovery_u_Selbstmanagement_bei_Depression_Schulz.pdf

Selten, J. P., Cantor-Graae, E., & Kahn, R. S. (2007). Migration and schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry*, 20(2), 111-115. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328017f68e>

Sluzki, C. E. (2001). Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In Hegemann, T. H. & Salman, R. (Eds.), *Transkulturelle Psychiatrie* (pp. 101-105). Psychiatrie Verlag.

Stadt Frankfurt am Main, Hrsg. Frankfurter Raster zur Erfassung guter Praxis für gesunde Integration, Frankfurt am Main, 2007. (Zugriff am 20.4.2016, <http://www.gesunde-staedte-projekt.frankfurt.de/MigrationundGesundheit/GrafikFrankfurterRaster.pdf>)

StatistikGuru. (2015-2021a). Einfaktorielle MANOVA: Voraussetzung #1: Univariate Ausreißer finden. Hemmerich, Wanja A. Retrieved 09.02.2021 from <https://statistikguru.de/spss/einfaktorielle-manova/ausreisser-finden-4.html>

StatistikGuru. (2015-2021b). Einfaktorielle MANOVA: Voraussetzung #2: Normalverteilung auswerten. Hemmerich, Wanja A. Retrieved 09.02.2021 from <https://statistikguru.de/spss/einfaktorielle-manova/normalverteilung-auswerten-2.html>

StatistikGuru. (2015-2021c). Einfaktorielle MANOVA: Voraussetzungen. Hemmerich, Wanja A. Retrieved 09.02.2021 from <https://statistikguru.de/spss/einfaktorielle-manova/voraussetzungen-11.html>

Statistisches Bundesamt, Hrsg. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2011, Wiesbaden, 2012. (Zugriff am 20.20.2017, https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220117004.pdf?__blob=publicationFile)

Statistisches Bundesamt, Hrsg. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2014, Wiesbaden, 2015. (Zugriff am 17.12.2015, <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Mikrozensus.html>)

Statistisches Bundesamt, Hrsg. Mikrozensus stellt sich vor, Wiesbaden, 2014. (Zugriff am .12.2015, <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Mikrozensus.html>)

Statistisches Bundesamt, Hrsg. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit - Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2015, 2017. (Zugriff am 28.10.2018. https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00037315/2010220157004_korr21032017.pdf)

Statistisches Bundesamt (2017). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit - Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2015. Statistisches

- Bundesamt. Retrieved 28.10.2018 from https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220157004.pdf?__blob=publicationFile
- Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung Nr. 314 vom 21. August 2019, Wiesbaden, 2019. (Zugriff am 9.6.2020. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2019/08/PD19_314_12511.html)
- Strauß, B. (2021). Scheitern in der Psychotherapie – der aktuelle Wissensstand. *Psychotherapeut*. <https://doi.org/10.1007/s00278-021-00510-9>
- Sullivan, G. M., & Artino, A. R., Jr. (2013). Analyzing and interpreting data from likert-type scales. *Journal of graduate medical education*, 5(4), 541-542. <https://doi.org/10.4300/jgme-5-4-18>
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., & Osterlind, S. J. (2001). Using Multivariate Statistics. Allyn and Bacon.
- Topor, A., Borg, M., Mezzina, R., Sells, D., Marin, I., & Davidson, L. (2006). Others: The Role of Family, Friends, and Professionals in the Recovery Process. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9(1), 17-37. <https://doi.org/10.1080/15487760500339410>
- Tracey, T. J., & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(3), 207-210. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.1.3.207>
- Tschinke, I. (2018). Kulturelle Adaption des REFOCUS Manuals für Recovery -Gespräche Fokusgruppeninterviews mit Experten der psychiatrisch häuslichen Krankenpflege in Niedersachsen. <https://doi.org/10.13140/rg.2.2.12125.56806>
- Veling, W. (2013). Ethnic minority position and risk for psychotic disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 26(2), 166-171. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32835d9e43>
- Wendel, S., & Kornhuber, J. (2012). Benötigen ambulante Notfallpatienten höhere Ressourcen? - Eine prospektive Fall-Kontroll-Studie Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg]. Nürnberg. <https://d-nb.info/1021259667/34>
- Williams, B., Coyle, J., & Healy, D. (1998). The meaning of patient satisfaction: An explanation of high reported levels. *Social Science & Medicine*, 47(9), 1351-1359. [https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00213-5](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00213-5)
- Worbs, S., Bunde, E., Dr. Kohls, M., & Dr. Babka von Gostomski, C. (Eds.). (2013). (Spät-)Aussiedler in Deutschland. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge

15 Anhang

15.1 Fragebögen

15.1.1 Fragebogen Basisdatenerhebung

BASISANGABEN

ID:.....

ID:	Einverstanden mit Katamnese: ja / nein
Datum:	Dauer des Aufenthaltes:
Untersucher:	Geschlecht: männlich / weiblich
Angehörigenbefragung erfolgt: ja / nein	Station 34/ 35/ 36/ 37/ 39
Angehöriger war:	Vater/ Mutter/ Kind/ Geschwister/ Partner/ Ehepartner/ Freund/ Bekannter/ Onkel/ Tante/ Großeltern/ Mitbewohner/ Wohnbetreuer/ EFH/ Gesetzl. Betreuer Sonstige.:

Grund für den stationären Aufenthalt	
Patientenangabe	
Akte	

Vorstellung (mehrere ankreuzen)				
eigenmotiviert	Termin	1. Hilfe	auf der Station	Familie
Einweisung Arzt	Gesetzl. Betreuer	SPD	Polizei / Feuerwehr	EFH/ Wohnbetreuer

Rechtsgrundlage der Behandlung (ggf. mehrfach ankreuzen)		
freiwillig	PsychKG	BGB

Diagnose	
1	
2	
3	
4	

Medikation	Dosis	seit	Verträglichkeit
1			<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> eher nicht <input type="checkbox"/> eher gut <input type="checkbox"/> gut
2			<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> eher nicht <input type="checkbox"/> eher gut <input type="checkbox"/> gut
3			<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> eher nicht <input type="checkbox"/> eher gut <input type="checkbox"/> gut
4			<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> eher nicht <input type="checkbox"/> eher gut <input type="checkbox"/> gut

Ethnische Zugehörigkeit	
Nationalität	
Nationalität der Eltern	
Migrationserfahrung (wann?, woher?, wohin?, Besonderheiten....)	

ID:.....

Demographische Angaben	
Höchster erzielter Abschluß 1 – Hauptschulabschluß 2 – Mittlere Reife 3 – Abitur 4 – Berufsfachschule, Akademie, Fachakademie 5 – Hochschulabschluß 6 – keiner	Familienstand 1 – verheiratet / Lebenspartnerschaft 2 – in Beziehung lebend 3 – verwitwet 4 – getrennt lebend 5 – geschieden 6 – ledig
Berufsausbildung nein / ja wenn ja, Beruf:..... Längste reguläre Beschäftigung dauerte..... Jahre Gewöhnliche (oder letzte) berufliche Tätigkeit welche: Derzeitige Einkünfte/ Bezüge welche:	Wohnsituation 1 – mit Lebensgefährte/in und Kindern 2 – mit Lebensgefährte/in allein 3 – mit Kindern allein 4 – mit Eltern 5 – alleine 6 – WG 7 – BEW 8 – TWG / Übergangswohnheim / Heim 9 – keine feste Wohnsituation
Berentung wegen eines psychischen Problems? nein / ja	Beruf der Eltern: Vater: Mutter:
Außerberufliche Beschäftigungen / Hobbies: 1 – Ehrenamt 2 – Sport / Wellness 3 – Kultur:..... 4 – Tiere:..... 5 – Familie / Kinder / Enkel 6 – Religion / Gemeinde:..... 7 – Treffpunkte / Tagesstätten 8 – „Szene“ 9 – Betroffenenverbände:..... 10 – Sonstiges:	Bedeutame Beschäftigungen in Kindheit und Jugend: 1 – Sport 2 – Musikinstrument / Chor 3 – Jugendvereine 4 – Gemeinde 5 – Andere:
Angaben zur Erkrankung	
Erstmanifestation im Alter vonJahren 1. stat. Beh. im Alter von.....Jahren 1. ambulante Beh. im Alter von.....Jahren Episodenzahl incl. jetziger:.....	Art und Anzahl der Vorbehandlungen: 1 – keine 2 – Psychiater/ Nervenarzt (ambulant) 3 – Psychotherapie (ambulant) 4 – Psychiatrie (stationär) (Anzahl.....) 5 – Psychosomatik (stationär) (Anzahl.....) wann zuletzt vor aktueller Aufnahme:.....
kumul. Beh.jahre mit Neuroleptika nie <1J >1J >5J >10J >20J	Lifetime Suizidalität: nie Gedank. Pläne Versuch Zahl „harter“/ weicher“Versuche wann letzter SV:
kumul. Beh.jahre mit Antidepressiva nie <1J >1J >5J >10J >20J	Selbstverübte Gewalt/ Haft/ Forensik? (beschreibe)
kumul. Beh.jahre. Stimmungsstabilisierern etc nie <1J >1J >5J >10J >20J	

BASISANGABEN

ID:.....

Nichtmedik. Therapie (Lifetime, stat. + ambul.) Psychotherapie (Art, Dauer)..... Psychoedukation (komplett)..... Gruppentherapien(welche)..... Kunsttherapie..... andere..... andere biologische (EKT etc.)..... Selbsthilfegruppen/ Psychoseseminar:.....	Regelmäßiger Konsum von Suchtstoffen: 1 – Alkohol 2 – Cannabis 3 – Kokain / Amphetamine 4 – Halluzinogene (LSD, Pilze..) 5 – Schlaftabletten 6 – Heroin / Opioide 7 – Nikotin 8 – Andere:
Hat sich die Hauptdiagnose geändert? Wie oft?.....	
<p>In den letzten 12 Monaten:</p>	
Stationäre Behandlungen: 1 - Psychiatrie 2 – Psychotherapie/ Psychosomatik 3 – Reha-Einrichtungen	Dauer insgesamt in Wochen:
Ambulante Behandlung: 1 – Psychiater /Nervenarzt 2 – Psychotherapie 3 – Psychiatrische Hauskrankenpflege 4 – Hauskrankenpflege 5 – Ambulante Gruppen..... 6 – Offenes Atelier 7 – Soziotherapie 8 – Arbeitstherapie 9 – Ambulante Ergotherapie 10 - Krisendienst	Frequenz:
Ambulante komplementäre Versorgung: 1 – Gesetzliche Betreuung 2 – Einzelfallhilfe 3 – BEW 4 – Tagesstätte / Treffpunkt 5 – TWG / ÜWH	Soziale Unterstützung vorwiegend durch: 1 – Partner / Familie / Kinder 2 – Freunde 3 – Professionelle Helfer 4 – keine Unterstützung vorhanden 5 – Sonstiges:.....
Bedeutsame, positive oder negative Lebensereignisse im letzten Jahr: z.B. Hochzeit/ Geburt/ Heirat/ Todesfälle/ Trennung/ Auszug aus Elternhaus/ Arbeitsplatzverlust/ Berufsbeginn/ Berufl. Änderungen/ Beförderung etc. (welche?):	Sind die oben erhobenen Angaben deutlich verfälscht durch - eine falsche Selbstdarstellung des Patienten? 0 – nein 1 – ja - die Unfähigkeit des Patienten, die Fragen zu verstehen? 0 – nein 1 – ja

15.1.2 Fragebogen Zufriedenheit mit der Behandlung

15.1.2.1 Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Behandlung – Patient*innenversion (WPAZPat)

WPAZ-P

Weddinger Fragebogen zur Patientenzufriedenheit - Patient

ID:

Datum:

	Stimme absolut zu	Stimme überwiegend zu	Unsicher -stimme eher zu	Unsicher -stimme eher nicht zu	Stimme überwiegend nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu	Frage unzutreffend
1. Meine Behandlung war erfolgreich.							
2. Ich bin mit dem Ergebnis der Behandlung zufrieden.							
3. Mit dem derzeitigen therapeutischen Vorgehen bin ich zufrieden.							
4. Ich fühle mich mit meinen Beschwerden ernst genommen.							
5. Ich fühle mich ganzheitlich wahrgenommen.							
6. Ich fühle mich in meinen Eigenheiten akzeptiert.							
7. Die Behandlung hat meine Stärken gefördert und meine Schwächen ausgeglichen.							
8. Ich bin in verständlicher Weise über meine Erkrankung aufgeklärt worden.							
9. Meine Angehörigen wurden über meine Erkrankung aufgeklärt.							
10. Ich konnte meine eigenen Vorstellungen über meine Beschwerden in die Gespräche einbringen.							
11. Ich habe das Gefühl, dass ich und meine Behandler das Gleiche meinen, wenn wir über meine Beschwerden sprechen.							
12. Auf die Therapie meiner Erkrankung konnte ich Einfluß nehmen.							
13. Ich konnte mit meinen Bezugstherapeuten gemeinsame Ziele für den stationären Aufenthalt setzen.							
14. Anstehende Aufgaben und Schritte zur Erreichung meiner Ziele wurden gemeinsam vereinbart.							

	Stimme absolut zu	Stimme überwiegend zu	Unsicher -stimme eher zu	Unsicher -stimme eher nicht zu	Stimme überwiegend nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu	Frage unzutreffend
15. Meine Therapeuten haben in wichtigen Situationen ihre Meinung klar geäußert und Verantwortung für mich übernommen.							
16. Die Stationsatmosphäre war angenehm.							
17. Das Stationsteam war respektvoll und vermittelte menschliche Wärme.							
18. Die Kommunikation mit dem Stationsteam war wertschätzend, offen und klar.							
19. Wenn ich Fragen hatte, konnte ich meine Behandler erreichen.							
20. Bei den Therapien konnte ich meine positiven Fähigkeiten erleben und zeigen.							
21. Meine Alltagssituation wurde in der Behandlung berücksichtigt.							
22. Ich habe Hilfestellung erhalten, meine alltäglichen Probleme zu lösen.							
23. Meine Angehörigen wurden in die Behandlung miteinbezogen.							
24. Probleme im Umfeld (Beruf, Familie, Freunde) haben abgenommen.							
25. Ich hatte die Wahl.							

Was hat Ihnen am meisten geholfen?

Gespräche im Bezugsteam
 Gespräche mit Einzeltherapeuten (Arzt, Psychologe, Bezugspflege)
 Gespräche mit Mitpatienten
 Gespräche mit

Medikamente
 Musiktherapie
 Physiotherapie /Sport /Körpertherapie
 Gruppentherapien – wenn ja, welche:

Psychotherapie
 Kunsttherapie /Ergotherapie

Unterstützung durch Sozialarbeiter
 Stationsaufenthalt im Allgemeinen

Unterstützung durch Mitpatienten
 Ausgänge

Sonstiges:

15.1.2.2 Fragenbogen zur Zufriedenheit mit der Behandlung – Personalversion (WPAZPer)

WPAZ-Pers.

Weddinger Fragebogen zur Patientenzufriedenheit - Personal

ID:

Datum:

	Stimme absolut zu	Stimme überwiegend zu	Unsicher -stimme eher zu	Unsicher -stimme eher nicht zu	Stimme überwiegend nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu	Frage unzutreffend
1. Die Behandlung des Pat. war erfolgreich.							
2. Ich bin mit dem Ergebnis der Behandlung zufrieden.							
3. Mit dem derzeitigen therapeutischen Vorgehen bin ich zufrieden.							
4. Der Patient fühlte sich mit seinen Beschwerden ernst genommen.							
5. Der Pat. fühlte sich ganzheitlich wahrgenommen.							
6. Der Pat. fühlte sich in seinen Eigenheiten akzeptiert.							
7. Die Behandlung hat die Stärken des Pat. gefördert und seine Schwächen ausgeglichen.							
8. Der Pat. fühlte sich in verständlicher Weise über seine Erkrankung aufgeklärt.							
9. Die Angehörigen wurden über die Erkrankung aufgeklärt.							
10. Der Pat. konnte seine eigenen Vorstellungen über seine Beschwerden in die Gespräche einbringen.							
11. Ich habe das Gefühl, dass der Pat. und Behandler das Gleiche meinen, wenn sie über die Beschwerden des Pat. sprechen.							
12. Der Pat. konnte auf die Therapie seiner Erkrankung Einfluß nehmen.							
13. Der Pat. hatte die Möglichkeit, mit seinen Bezugstherapeuten gemeinsame Ziele für den stationären Aufenthalt zu setzen.							
14. Anstehende Aufgaben und Schritte zur Erreichung von Zielen wurden gemeinsam vereinbart.							
15. Wir Therapeuten haben in wichtigen Situationen unsere Meinung klar geäußert und Verantwortung für den Patienten übernommen.							
16. Die Stationsatmosphäre war angenehm.							
17. Das Stationsteam war respektvoll und vermittelte menschliche Wärme.							
18. Die Kommunikation mit dem Stationsteam war wertschätzend, offen und klar.							

	Stimme absolut zu	Stimme überwiegend zu	Unsicher -stimme eher zu	Unsicher -stimme eher nicht zu	Stimme überwiegend nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu	Frage unzutreffend
19. Wenn der Pat. Fragen hatte, konnte er seine Behandler erreichen.							
20. Der Pat. konnte bei den Therapien seine positiven Fähigkeiten erleben und zeigen.							
21. Die Alltagssituation des Pat. wurde in der Behandlung berücksichtigt.							
22. Der Pat. hat Hilfestellung erhalten, seine alltäglichen Probleme zu lösen.							
23. Die Angehörigen wurden in die Behandlung miteinbezogen.							
24. Probleme im Umfeld des Pat. (Beruf, Familie, Freunde) haben abgenommen.							
25. Der Pat. hatte das Gefühl, eine Wahl zu haben.							

Was hat dem Patienten nach Ihrer Einschätzung am meisten geholfen?

- Gespräche im Bezugsteam
 Gespräche mit Einzeltherapeuten (Arzt, Psychologe, Bezugspflege)
 Gespräche mit Mitpatienten
 Gespräche mit
- Medikamente
 Musiktherapie
 Physiotherapie /Sport /Körpertherapie
 Gruppentherapien – wenn ja, welche:
- Psychotherapie
 Kunsttherapie /Ergotherapie
- Unterstützung durch Sozialarbeiter
 Stationsaufenthalt im Allgemeinen
- Unterstützung durch Mitpatienten
 Ausgänge
- Sonstiges:

15.1.3 Fragebogen zur Qualität der therapeutischen Beziehung

15.1.3.1 Fragebogen zur Qualität der therapeutischen Beziehung – Patient*innenversion (WAIP)

ID:.....

Datum: _____

Anleitung:

Im Folgenden werden eine Reihe von Aussagen über die Art und Weise gemacht, wie Patienten über ihre Zusammenarbeit mit ihrem Bezugstherapeuten (-team) denken oder empfinden können. Wenn Sie die Sätze lesen, bitten wir Sie jedes Mal, wenn Sie _____ sehen, innerlich an Ihre Bezugstherapeuten zu denken.

Bei jeder Aussage haben Sie 7 Antwortmöglichkeiten

Nie

Manchmal

Immer

Wenn die Aussage widerspiegelt wie Sie sich immer fühlen (oder wie darüber immer denken), setzen Sie bitte ein X unter Antwortmöglichkeit 7. Wenn die Aussage auf die Beziehung mit Ihren Bezugstherapeuten nie zutrifft, setzen Sie bitte ein X unter Antwortmöglichkeit 1. Nutzen Sie die Alternativen, um die Variationen zwischen diesen beiden Polen zu beschreiben. Wir bitten Sie, zügig Antwort auf alle Aussagen zu geben. Selbst wenn Ihnen die Antwort auf eine Aussage schwer fällt, bitten wir Sie, die Antwortmöglichkeit zu wählen, die am ehesten auf Sie zutrifft.

- | | Nie | | Manchmal | | Immer | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. _____ und ich stimmen überein hinsichtlich der Aufgaben, die ich in der Therapie ausführen muss, um meine Situation zu verbessern. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Das was ich in der Therapie tue, vermittelt mir neue Wege, mein Problem zu betrachten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ID:.....

3. Ich glaube, _____ mag mich.
4. _____ versteht nicht, was ich in der Therapie zu erreichen versuche.
5. Ich vertraue, dass _____ die Fähigkeit besitzt, mir zu helfen.
6. Die Therapieziele, auf die _____ und ich hin arbeiten, stimmen überein.
7. Ich habe das Gefühl, _____ schätzt mich.
8. Wir stimmen hinsichtlich der Themen überein, deren Bearbeitung für mich wichtig ist.
9. _____ und ich vertrauen einander.
10. _____ und ich haben unterschiedliche Auffassungen über die Art meiner Probleme.
11. Wir haben ein gutes Verständnis bezüglich der Art der Veränderungen entwickelt, die für mich gut wären.
12. Ich glaube, die Art und Weise, wie wir an meinem Problem arbeiten, ist richtig.

15.1.3.2 Fragebogen zur Qualität der therapeutischen Beziehung – Personalversion (WAI-T)

WAI-T

ID:.....

WAI Therapeutenversion Working Alliance Inventory

Datum: _____

Anleitung:

Im Folgenden werden eine Reihe von Aussagen über die Art und Weise gemacht, wie Bezugstherapeuten (-teams) über ihre Zusammenarbeit mit ihren Patienten denken oder empfinden können. Wenn Sie die Sätze lesen, bitten wir Sie jedes Mal, wenn Sie _____ sehen, innerlich an Ihren Patienten zu denken.

Bei jeder Aussage haben Sie 7 Antwortmöglichkeiten

Nie

Manchmal

Immer

Wenn die Aussage widerspiegelt wie Sie sich immer fühlen (oder wie darüber immer denken), setzen Sie bitte ein X unter Antwortmöglichkeit 7. Wenn die Aussage auf die Beziehung mit Ihrem Patienten nie zutrifft, setzen Sie bitte ein X unter Antwortmöglichkeit 1. Nutzen Sie die Alternativen, um die Variationen zwischen diesen beiden Polen zu beschreiben. Wir bitten Sie, zügig Antwort auf alle Aussagen zu geben. Selbst wenn Ihnen die Antwort auf eine Aussage schwer fällt, bitten wir Sie, die Antwortmöglichkeit zu wählen, die am ehesten auf Sie zutrifft.

Nie Manchmal Immer

- | | | | | | | | | |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. | _____ und ich/ wir stimmen überein hinsichtlich der Aufgaben, die er/ sie in der Therapie ausführen muss, um seine Situation zu verbessern. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Das was ich /wir in der Therapie tue /tun, vermittelt _____ neue Wege, das Problem zu betrachten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ID:.....

3. Ich glaube, _____ mag mich/ uns.
4. _____ versteht nicht, was ich/ wir in der Therapie zu erreichen versuche/ n.
5. Ich vertraue, dass ich /wir die Fähigkeit besitzt, _____ zu helfen.
6. Die Therapieziele, auf die _____ und ich/ wir hin arbeiten, stimmen überein.
7. Ich / wir habe/n das Gefühl, _____ schätzt mich/ uns.
8. Wir stimmen hinsichtlich der Themen überein, deren Bearbeitung für _____ wichtig ist.
9. _____ und ich/ wir vertrauen einander.
10. _____ und ich/ wir haben unterschiedliche Auffassungen über die Art seiner/ ihrer Probleme.
11. Wir haben ein gutes Verständnis bezüglich der Art der Veränderungen entwickelt, die für _____ gut wären.
12. Ich glaube, die Art und Weise, wie wir an _____'s Problem arbeiten, ist richtig.

15.1.4 GAF

Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

Datum:	ID:
---------------	------------

Die psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen sind auf einem hypothetischen Kontinuum von psychischer Gesundheit bis Krankheit gedacht.

Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund von körperlichen (oder umgebungsbedingten) Einschränkungen sollten nicht einbezogen werden.

Code (Bitte beachten: Benutzen Sie auch entsprechende Zwischenwerte, z. B: 45, 68, 72)

100-91	Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten; Schwierigkeiten im Leben scheinen nie außer Kontrolle zu geraten; keine Symptome.	
90-81	Keine oder nur minimale Symptome (z.B. leicht Angst vor einer Prüfung), gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im allgemein zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder -sorgen (z.B. nur gelegentlicher Streit mit einem Familienmitglied).	
80-71	Wenn Symptome vorliegen, sind dies vorübergehende oder zu erwartende Reaktionen auf psychosoziale Belastungsfaktoren (z.B. Konzentrationsschwierigkeiten nach einem Familienstreit); höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. zeitweises Zurückbleiben in der Schule).	
70-61	Einige leichte Symptome (z.B. depressive Stimmung oder leichte Schlaflosigkeit ODER einige leichte Schwierigkeiten hinsichtlich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. gelegentliches Schuleschwänzen oder Diebstahl im Haushalt), aber im allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen.	
60-51	Mäßig ausgeprägte Symptome (z.B. Affektverflachung, weitschweifige Sprache, gelegentliche Panikattacken) ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B wenige Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen, Schulkameraden oder Bezugspersonen).	
50-41	Ernste Symptome (z. B Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) ODER eine Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. keine Freunde, Unfähigkeit, eine Arbeitsstelle zu behalten).	
40-31	Einige Beeinträchtigungen in der Realitätskontrolle oder der Kommunikation (z. B. Sprache zeitweise unlogisch, unverständlich oder belanglos) ODER starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z B. Arbeit oder Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung (z. B. ein Mann mit einer Depression vermeidet Freunde, vernachlässigt seine Familie und ist unfähig zu arbeiten; ein Kind schlägt häufig jüngere Kinder, ist zu Hause trotzig und versagt in der Schule).	
30-21	Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahnphänomene oder Halluzinationen beeinflusst ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens (z.B. manchmal inkohärent, handelt grob inadäquat, starkes Eingenommensein von Selbstmordgedanken ODER Leistungsunfähigkeit in fast alles Bereichen (z. B. bleibt den ganzen Tag im Bett, hat keine Arbeit, Kein Zuhause und keine Freunde).	
20-11	Selbst- und Fremdgefährdung (z. B. Selbstmordversuche ohne eindeutige Todesabsicht, häufig gewalttätig, manische Erregung) ODER ist gelegentlich nicht in der Lage, die geringste Hygiene aufrechtzuerhalten (z. B. schmiert mit Kot) ODER grobe Beeinträchtigung der Kommunikation (größtenteils inkohärent oder stumm).	
10-1	Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu verletzen (z. B. wiederholte Gewaltanwendung) ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht.	
0	Unzureichende Informationen	

15.1.5 CGI

Clinical Global Impression (CGI)

Datum:		ID:	
1. Schweregrad der Krankheit		2. Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung	
Ziehen Sie ihren gesamten Erfahrungsschatz an dieser Art von Kranken in Betracht, und geben Sie an, wie hoch Sie den jetzigen Grad der seelischen Erkrankung des Patienten einschätzen.		Beurteilen Sie dabei die Zustandsänderung insgesamt, also nicht nur das Ergebnis der Medikamentenbehandlung. Bitte vergleichen Sie den jetzigen Zustand des Patienten mit dem zu Beginn der Behandlung, und geben Sie an, inwieweit sich das Krankheitsbild des Patienten geändert hat	
Nicht beurteilbar.	0 <input type="checkbox"/>	Nicht beurteilbar.	0 <input type="checkbox"/>
Patient ist überhaupt nicht krank.	1 <input type="checkbox"/>	Zustand ist sehr viel besser.	1 <input type="checkbox"/>
Patient ist ein Grenzfall psychiatrischer Erkrankung.	2 <input type="checkbox"/>	Zustand ist viel besser.	2 <input type="checkbox"/>
Patient ist nur leicht krank.	3 <input type="checkbox"/>	Zustand ist nur wenig besser.	3 <input type="checkbox"/>
Patient ist mäßig krank.	4 <input type="checkbox"/>	Zustand ist unverändert.	4 <input type="checkbox"/>
Patient ist deutlich krank.	5 <input type="checkbox"/>	Zustand ist etwas schlechter.	5 <input type="checkbox"/>
Patient ist schwer krank.	6 <input type="checkbox"/>	Zustand ist viel schlechter.	6 <input type="checkbox"/>
Patient gehört zu den extrem schwer Kranken.	7 <input type="checkbox"/>	Zustand ist sehr viel schlechter.	7 <input type="checkbox"/>

16 Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Anne Maria Paschke, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Einfluss eines Recovery-orientierten Behandlungsansatzes auf die Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund in der stationär-psychiatrischen Regelversorgung – Eine quasi-experimentelle Studie mit Prä-Post-Vergleich im Rahmen der klinischen Studie zur Einführung des Weddinger Modells “ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren/innen beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen,

statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) werden von mir verantwortet.

Ich versichere ferner, dass ich die in Zusammenarbeit mit anderen Personen generierten Daten, Datenauswertungen und Schlussfolgerungen korrekt gekennzeichnet und meinen eigenen Beitrag sowie die Beiträge anderer Personen korrekt kenntlich gemacht habe (siehe Anteilserklärung). Texte oder Textteile, die gemeinsam mit anderen erstellt oder verwendet wurden, habe ich korrekt kenntlich gemacht.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Erstbetreuer/in, angegeben sind. Für sämtliche im Rahmen der Dissertation entstandenen Publikationen wurden die Richtlinien des ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors; www.icmje.org) zur Autorenschaft eingehalten. Ich erkläre ferner, dass ich mich zur Einhaltung der Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis verpflichte.

Weiterhin versichere ich, dass ich diese Dissertation weder in gleicher noch in ähnlicher Form bereits an einer anderen Fakultät eingereicht habe.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§§156, 161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum

Unterschrift

17 Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

18 Publikationsliste

Olewinski M, Paschke AM, Mohebby A, Herrmann-Lingen C und Kleiber C. An integrative psychosomatic approach to the treatment of patients with cardiovascular diseases: Concepts and experiences of a dedicated psychocardiology ward at the University of Göttingen Medical Center, In: Baune BT and Tully PJ (Hrsg.), Cardiovascular diseases and depression, Springer Verlag, Adelaide, 2016.

Timäus C, Meiser M, Bandelow B, Engel KR, Paschke AM, Wiltfang J, Wedekind D. Pharmacotherapy of borderline personality disorder: what has changed over two decades? A retrospective evaluation of clinical practice. BMC Psychiatry, 2019;19(1):393. Published 2019 Dec 12. doi:10.1186/s12888-019-2377-z.

19 Danksagung

Ich danke Frau Dr. med. L. Mahler, Frau PD Dr. med. C. Montag und Herrn Prof. Dr. med. J. Gallinat für ihre stets schnelle, motivierende, umfassende und geduldige Unterstützung und Betreuung bei der Erstellung dieser Dissertation. Des Weiteren danke ich Frau M. Möller für ihre maßgebliche Beteiligung an der Findung des Studienthemas.

Darüber hinaus danke ich meiner Doktorandinnengruppe, Frau Dr. C. Elz, Frau Dr. K. Geiling, Frau Dr. S. Jeschke und T. Jacob, für die Zusammenarbeit.

Den Patient*innen sowie den Mitarbeitertenden der an der Studie beteiligten Kliniken danke ich für ihre fleißige und ausdauernde Mitarbeit.

Weiteren Dank richte ich an Herrn Dr. med. C. Timäus für seine persönliche Unterstützung und seine Korrekturarbeiten. Ebenfalls für Korrekturarbeiten bedanke ich mich bei Herrn Prof. Dr. Miosge, bei Ka. Paschke, Ke. Paschke, St. Fangauf, J. Schrewe und L. Slager.

Ich danke meinem Vorgesetzten, Herrn Prof. Dr. med. Herrmann-Lingen, meinen Oberärzten und Kollegen, für die allzeit gute Zusammenarbeit und die wertvolle Ausbildung. Des Weiteren bedanke ich mich bei den Kolleginnen und Kollegen der kardiologischen, psychosomatischen und psychiatrischen Klinik der UMG Göttingen für Ihre stets zuverlässige Unterstützung.

Ich danke meiner Familie, im Besonderen meinen Eltern, die mir durch emotionale und finanzielle Unterstützung das Studium der Humanmedizin ermöglichten, und somit den

Grundstein für die vorliegende Dissertation legte. Ich danke meinen Geschwistern für jedwede erfahrene Unterstützung und jeden Austausch sowie auch meinen Onkels, Tanten, Cousinen und Cousins.

Darüber hinausgehend danke ich meinen Freund*innen und/ oder Mitbewohner*innen für ihre Unterstützung und Geduld, im Besonderen: Laura, Adam, Axel, Wegatha, Tosha, Micha, Micha, Felix, Radwa, Linnéa, Niklas, Ulli, Hubertus, Helena, Yanira, Sam und einigen mehr.