

– Fachbeitrag C4-2016 –

22.09.2016

Vulnerable Zielgruppen in der Rehabilitation am Beispiel Migration: Herausforderungen und Lösungsansätze¹

Von Susanne Köhler, Deutsche Vereinigung für Rehabilitation, Heidelberg

I. Einleitung

Der Rehabilitationswissenschaftliche Forschungsverbund Freiburg e.V. führt mehrmals im Jahr Fortbildungsveranstaltungen zu aktuellen Themen durch. Am 20. November 2015 wurde die Rehabilitation von Menschen mit Migrationshintergrund in den Fokus genommen und die Frage, inwieweit unser Rehabilitationssystem auf die Bedarfe verschiedener Zielgruppen eingestellt ist. **Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel** von der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg führte in das Thema ein.

II. Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren medizinischer Rehabilitation bei Menschen mit Migrationshintergrund

Jun. Prof. Dr. Patrick Brzoska (Institut für Soziologie, Technische Universität Chemnitz) gab einen Überblick über die aktuellen Erkenntnisse zum Thema. Er hielt zunächst fest, dass die Gruppe von Rehabilitanden mit Migrationshintergrund sehr heterogen ist und die Daten der Forschung nicht immer dafür geeignet seien, diese Heterogenität abzubilden. Die größten Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund sind die sogenannten Spätaussiedler und Menschen türkischer Herkunft. Vor allem bei älteren Migranten treten bestimmte chronische Erkrankungen und Krankheitsmuster häufiger auf. Die Ursachen hierfür liegen im Lebenslauf begründet, unter anderem in einer höheren Arbeitsbelastung. Im Durchschnitt seien bei Migranten folgende Besonderheiten feststellbar:

- Fälle von Diabetes Mellitus Typ II treten deutlich häufiger auf als bei Deutschen
- Manche Krankheiten kommen seltener vor, bspw. bestimmte Krebserkrankungen
- Der sozioökonomische Einfluss ist geringer
- Migranten arbeiten häufiger unter gesundheitsbelastenden Bedingungen

¹ Dieser Beitrag wurde unter www.reha-recht.de als Fachbeitrag C4-2016 in der Kategorie C: Sozialmedizin und Begutachtung veröffentlicht; Zitiervorschlag: Köhler: Vulnerable Zielgruppen in der Rehabilitation am Beispiel Migration: Herausforderungen und Lösungsansätze; Beitrag C4-2016 unter www.reha-recht.de; 22.09.2016.

- Sie haben mehr soziale Unterstützung

Insgesamt überwiegen allerdings die negativen Einflussfaktoren. Die Arbeitsunfall-, Berufskrankheiten- und Erwerbsminderungsquoten seien insgesamt höher.

Brzoska erläuterte, dass im Rahmen der *Versorgungsforschung Versorgungsbarrieren, Versorgungszufriedenheit und Versorgungsergebnisse* untersucht werden. Die vorgestellten Ergebnisse stützen sich auf Daten des SOEP² sowie auf Daten der Deutschen Rentenversicherung (DRV).

Bei den *Versorgungsbarrieren* stelle man einen Zusammenhang zwischen Bildung und Rehabilitation fest: Je höher der Anteil von Menschen mit niedriger Bildung ist, desto seltener wird eine Rehabilitation in Anspruch genommen. Hier gebe es offensichtlich eine Hürde, die sich durch sozioökonomische Faktoren allerdings nicht erklären lasse, so **Brzoska**.

Die *Versorgungszufriedenheit* wurde von der DRV in den Jahren 2007 bis 2011 anhand einer Rehabilitandenbefragung untersucht. Bei der Zufriedenheit in einzelnen Bereichen wurde innerhalb der Migrantengruppe nach folgenden Herkunftsländern unterschieden: Türkei, Ex-Jugoslawien, Portugal/Italien/Spanien/Griechenland (als eine Gruppe). Vergleichsgruppe waren die deutschen Rehabilitanden. Während rund drei Viertel der Deutschen mit der Rehabilitation zufrieden waren, waren insbesondere die türkischen Staatsangehörigen in allen Bereichen deutlich weniger – in einzelnen Punkten bis zu 20 Prozent weniger – zufrieden. Dagegen waren die deutschen und die übrigen Migrantengruppen in ihrem Urteil ähnlich.

Brzoska erläuterte, das *Ergebnis der Rehabilitation* werde anhand der beruflichen Leistungsfähigkeit nach Beendigung der Rehabilitation gemessen – dazu wurden die abgeschlossenen Rehabilitationen herangezogen, die die DRV im Jahr 2006 registriert hat – und anhand des Eintritts in die Erwerbsminderungsrente – dazu dienten Verlaufsdaten der DRV der Jahre 2002 bis 2009. Hier werde deutlich, dass die Rehabilitations-Ergebnisse im Vergleich zu den Ergebnissen bei deutschen Rehabilitanden deutlich schlechter ausfallen und zwar war der Eintritt in die Erwerbsminderungsrente bei türkischen Staatsangehörigen rund 70 Prozent höher und bei Menschen aus dem ehemaligen Jugoslawien um 40 Prozent höher als bei deutschen Rehabilitanden.

Das Zwischenfazit laute demnach: Eine Rehabilitation wird von Menschen mit Migrationshintergrund deutlich weniger genutzt, sie sind unzufriedener mit der Reha (v. a. türkische Staatsangehörige) und die Rehabilitations-Ergebnisse sind ebenfalls schlechter. Eine geringere berufliche Leistungsfähigkeit und ein höheres Risiko für eine Er-

² Das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) ist ein Survey, der für die sozial- und wirtschaftswissenschaftliche Grundlagenforschung Mikrodaten bereitstellt. Beheimatet ist das multidisziplinäre SOEP am DIW Berlin, dem größten deutschen Wirtschaftsforschungsinstitut. Weitere Informationen dazu gibt es im Internet unter <http://www.diw.de/sixcms/detail.php/286849>.

werbsminderungsrente seien vor allem bei türkischstämmigen Menschen und Menschen jugoslawischer Herkunft gegeben.

Bedürfnisse und Erwartungen an eine Rehabilitation wurden anhand von Interviews erhoben. Der Fokus lag bei den Befragten vor allem auf Rehabilitanden mit türkischer Herkunft.

Folgende Faktoren wurden festgestellt:

- Sprache, Interaktion und Kommunikation spielen eine Rolle bei der Anamnese, bei Informationen und Anleitung zu Therapien, aber auch bei der sogenannten Health Literacy (die bei den Befragten eher gering ist).
- Unzureichend berücksichtigte (kulturelle) Bedürfnisse und unerfüllte Erwartungen werden durch andere Krankheitssymptome und -ausdrücke, Akzeptanzprobleme, divergierende Krankheitsvorstellungen und -bewältigung, Scheu und kulturelle Tabus, andere Essgewohnheiten verursacht.
- Die Einstellung der Einrichtungen spielt eine wichtige Rolle. Teilweise fordern sie die Anpassung der Patienten.

Als Fazit hielt **Brozka** fest, dass Barrieren vorhanden sind. Strategien zur Verbesserung der rehabilitativen Versorgung von Migranten könnten beispielsweise auf Ebene der Versorgungssysteme sein, aufsuchende Versorgungsstrukturen zu schaffen (Mobile Rehabilitation) sowie mehr Unterstützungsangebote mit Wegweisungsfunktion anzubieten. Auf Ebene der Versorgungseinrichtungen gebe es unterschiedliche Ansätze. Oft seien diese Vorstöße allerdings nicht ergebnisevaluiert. Vorstellbar wäre, mehr Personal mit Migrationshintergrund einzustellen – wobei auch hier kulturelle Handlungskompetenzen trainiert werden müssten. Oft seien die Versorgungseinrichtungen nur auf einzelne Migrationsgruppen ausgerichtet, nicht aber auf eine kulturelle Vielfalt.

Bei allen vorgetragenen Ergebnissen müsse man die Intersektionalität der Einflussfaktoren beachten, gab **Brozka** zu bedenken. Migration sei nur ein Punkt von vielen anderen, wie Alter und Geschlecht der Befragten, Bildung usw. Auf religiöse Bedürfnisse war man bei den Befragungen der überwiegend muslimischen Rehabilitanden nicht explizit eingegangen.

In englischsprachigen Ländern sei das so genannte Diversity Management weiter verbreitet als in Deutschland. Die Idee des Diversity Managements ist eine positive Haltung gegenüber Vielfalt (Vielfalt ist gut!). **Brozka** führte an, dass diese Systeme Untersuchungen zufolge kosteneffizient sind, allerdings gebe es für Deutschland nur sehr wenige Informationen über die Umsetzbarkeit und Potenziale dieses Ansatzes. Aufschluss könnte das Projekt VeReMi³ geben, das von 2014 bis 2016 durchgeführt wird.

³ Siehe Ausführungen dazu unter Abschnitt V.

III. Wege in die medizinische Rehabilitation – Implementierung eines Informationsangebotes für Migrantinnen und Migranten im Rahmen des Projektes MiMi-Reha

Dr. Lara-Marie Reißmann vom Bereich Rehabilitationsforschung und Rehabilitationswissenschaften der Medizinischen Hochschule Hannover stellte das Projekt MiMi-Reha vor, das von 2013 bis 2016 läuft. Dabei handele es sich um einen interkulturellen Setting-Ansatz nach dem Motto „Mit Migranten für Migranten“. Dabei werden Mediatoren eingesetzt, die Bekannte und Menschen aus ihrem Umkreis einladen und sie über gesundheitliche Themen wie Diabetes oder Rehabilitation informieren (sog. Informationsveranstaltungen).

Im Rahmen des Projekts wurden **Reißmann** zufolge 49 Mediatorinnen und Mediatoren (22 russischer und 27 türkischer Herkunft) geschult, wie Informationsveranstaltungen durchgeführt werden (Methodenschulung). Die inhaltliche Schulung zur medizinischen Rehabilitation sei durch die DRV erfolgt. Als Mediatorin seien vor allem Frauen mit höherer Schulbildung gewonnen worden, die durchschnittlich seit rund 25 Jahren in Deutschland leben und gute bis sehr gute Sprachkenntnisse haben. Sie hätten eigenen Angaben zufolge vor allem aus Interesse am Thema sowie aufgrund beruflicher Perspektiven an dem Programm teilgenommen.

Darüber hinaus gibt es verschiedene Publikationen in mehreren Sprachen, wie den Wegweiser zur medizinischen Reha⁴ (liegt aktuell in deutscher, russischer und türkischer Sprache vor) und G100-Begleitheft (erläutert G100-Antrag Punkt für Punkt, einfach formuliert).

Auf der anderen Seite wurde eine zweitägige interkulturelle Kompetenzschulung für Beschäftigte der DRV durchgeführt, an der 17 Personen teilnahmen.

Nach Ende des Projekts soll ein Praxisleitfaden zur Verfügung gestellt werden. Im Zuge des Projekts wurde ausgewertet, ob bei den Informationsveranstaltungen die Informationen vermittelt wurden und ob die Teilnehmenden, die einen Rehabilitationsbedarf hatten, diesen auch in Anspruch genommen haben. Eine weitere Überlegung sei, Hausärzte und -ärztinnen zu schulen, um einen größeren Effekt zu erzielen.⁵

IV. Interkulturelle Fortbildungen als Baustein der interkulturellen Öffnung in der Reha

Mit der Personalpolitik der Stadt Hamburg als Positivbeispiel, die rund 20 Prozent Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ausländischer Herkunft in der Verwaltung beschäftigen

⁴ Download unter www.ethno-medizinisches-zentrum.de.

⁵ Weitere Informationen zum Projekt „MiMi – Mit Migranten für Migranten“ gibt es im Internet unter folgendem Link: http://www.ethno-medizinisches-zentrum.de/index.php?option=com_content&view=article&id=28&Itemid=34.

möchte, begann **Dr. Mike Oliver Mösko** (Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf) seinen Vortrag zum Thema interkulturelle Öffnung von Organisationen. Während in vielen Bereichen interkulturelle Trainings bereits zur Tagesordnung gehörten, sei dies im psychosozialen Bereich ein neues Thema. **Mösko** wies auf die von **Brzoska** eingangs vorgestellten Studien hin, wonach Migrantengruppen sehr unterschiedlich von Rehabilitationsmaßnahmen profitieren.

Ein zentrales Problem seien die Fremdsprachen. In Hamburg gebe es beispielsweise eine große Patientengruppe mit sprachlichen Problemen, die faktisch nicht behandelt werden können. Viele Behandler und Mitarbeiter im psychosozialen Bereich fühlten sich angesichts dieser sprachlichen Barriere „hilflos“. In vielen Fällen seien zudem die Ursachen der Migration bei den Behandlern nicht bekannt. **Mösko** wertete dies als fehlendes Bewusstsein für die Wichtigkeit der Migration.

Rund 80 Prozent der Psychotherapeuten in Hamburg und Berlin, die Menschen mit Migrationshintergrund betreuen, berichteten bei einer Befragung von Schwierigkeiten in der Behandlung. Diese Schwierigkeiten basierten zu einem großen Teil auf differierenden Werten (Rolle der Frauen, Familie, usw.).⁶

Künftig sollen interkulturelle Trainings in Aus- und Weiterbildungen für Psychotherapeuten, Mediziner und andere Gesundheitsberufe aufgenommen werden. Für Psychotherapeuten wurde beispielsweise eine Leitlinie erarbeitet mit dem Titel „Kultursensibel – aber wie?“⁷. Durch Vernetzung, Transparenz und eine kritische Reflexion der Inhalte soll die Qualität der psychosozialen Betreuung von Migrantinnen und Migranten darüber hinaus gesichert werden. Außerdem ist eine Evaluation langfristiger Effekte geplant.

Im Forum wurde die Option, Dolmetscher einzusetzen, diskutiert. Es wurde argumentiert, in anderen Ländern gehörten Dolmetscher zur Regelleistung, in Deutschland sei das allerdings nicht der Fall. Auf den Einwand, es gebe viele Sprachangebote in der Rehabilitation, die man ausfindig machen könnte, erwiderte **Mösko**, Ziel müsse sein, eine systemische, keine personenabhängige Lösung zu finden. Ein wichtiger Punkt beim Einsatz von Dolmetschern sei überdies dessen Unabhängigkeit und Neutralität.

V. Versorgungserwartungen von Menschen mit Migrationshintergrund und Möglichkeiten ihrer Berücksichtigung im Projekt VeReMi

Jana Langbrandtner (Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität zu Lübeck) schloss die Veranstaltung mit einem Bericht über das laufende Projekt VeReMi. Im Fokus stünden Menschen mit türkischem Hintergrund. Untersucht werde, weshalb

⁶ Vgl. Informationen zum Projekt SeGeMi (Seelische Gesundheit und Migration), zu finden unter http://www.segemi.de/index.php?article_id=1&clang=0.

⁷ Abrufbar unter www.kultursensible-psychotherapie.de.

Menschen mit türkischem Migrationshintergrund – trotz eines höheren Bedarfs an Rehabilitation – seltener eine Rehabilitationsmaßnahme durchführen. Ebenso seien die Zufriedenheit mit und der Erfolg durch die Rehabilitation schlechter als bei anderen Migrantengruppen. Als mögliche Gründe dafür nannte Langbrandtner Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren, aber auch unerfüllte Versorgungserwartungen. Über die Erwartungen der Rehabilitanden mit Migrationshintergrund sei bislang allerdings nur wenig bekannt.

Ziele des Projekts seien daher:

- Versorgungserwartungen ermitteln
- Bestehende Versorgungskonzepte untersuchen
- Hindernde und fördernde Faktoren erfassen

um Handlungsempfehlungen zu entwickeln.

Informationen dazu werden aus Interviews mit Hausärzten gezogen, die über verschiedene Aspekte berichten (z.B. sei die Beratung von Migrantinnen und Migranten mit hohem Aufwand verbunden, da bei diesen wenig Wissen vorhanden ist, Rehabilitationsangebote eher vom Hörensagen kennen und Verständnisprobleme bestehen, da die Informationen oft nicht mehrsprachig sind).

Die Sicht der Rehabilitanden mit Migrationshintergrund werde anhand von Längsschnittinterviews erhoben, die zu drei Zeitpunkten – während der Antrags-, Durchführungs- und Nachsorgephase – durchgeführt werden. **Langbrandtner** berichtete über erste Ergebnisse. Demnach gebe es auf beiden Seiten Informationsdefizite über rehabilitative Leistungen. Hausärzte hätten eine wichtige Funktion. Zu den Hindernissen während des Rehabilitationsprozesses gehöre mangelndes Vertrauen in die Verpflegung vor Ort. Zudem werde in vielen Rehabilitationseinrichtungen eine Migrationssensibilität noch nicht thematisiert.

Erste Ergebnisse wurden beim Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium der Deutschen Rentenversicherung in Aachen vorgestellt werden, das vom 29. Februar bis 2. März stattfand⁸.

⁸ Vgl. Tagungsband des 25. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquiums in Aachen: Brzoska, P., Yilmaz-Aslan, Y., Aksakal, T., Razum, O., Deck, R., Langbrandtner, J.: Einsatz migrationssensibler Versorgungsstrategien in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation. Eine empirische Bestandsaufnahme im Rahmen der Studie VeReMi, S. 170 ff. Der Tagungsband ist im Internet abrufbar unter folgendem Link: http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=Band_109_Internet.pdf.

VI. Fazit

Im Rahmen der Weiterbildung wurde deutlich, dass das Thema Rehabilitation von Menschen mit Migrationshintergrund noch intensiver erforscht werden muss. Durch die hohen Flüchtlingszahlen wird der Bedarf an Rehabilitation für Menschen mit Migrationshintergrund weiter wachsen. Es liegt auf der Hand, dass die Ergebnisse der vorgestellten Studien wichtige Erkenntnisse liefern werden, wie man hier zu einem besseren Rehabilitationserfolg und generell zu einer besseren Versorgung, beispielsweise auch im psychotherapeutischen Bereich kommen könnte.

Ihre Meinung zu diesem Fachbeitrag ist von großem Interesse für uns.
Wir freuen uns auf Ihren Kommentar auf www.reha-recht.de.
