

06/2016

## MENSCHEN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND IN DER REHABILITATION

### Zugänglichkeit und Ergebnisse

#### AUF EINEN BLICK

**Menschen mit Migrationshintergrund nehmen Angebote medizinischer Rehabilitation seltener als Menschen ohne Migrationshintergrund in Anspruch. Sie weisen außerdem ungünstigere Versorgungsergebnisse auf. Diversitätssensible Versorgungsstrukturen können einen Beitrag leisten, bestehende Barrieren in der Versorgung zu überwinden und eine nutzerorientiertere Versorgung für die gesamte Bevölkerung, einschließlich Menschen mit Migrationshintergrund, zu ermöglichen.**

#### EINLEITUNG

Aktuell leben ca. 16,5 Millionen Menschen in Deutschland, die einen Migrationshintergrund haben. Neben ausländischen Staatsangehörigen – sie machen knapp die Hälfte der Bevölkerung mit Migrationshintergrund aus – zählen hierzu auch deutsche Staatsangehörige, die selbst zugewandert sind, sowie ihre Kinder. Die beiden größten Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund sind Aussiedler\_innen und Spätaussiedler\_innen, u. a. aus der ehemaligen Sowjetunion und Polen, sowie Menschen türkischer Herkunft, die als sog. Gastarbeiter\_innen überwiegend in den 1950er- bis Anfang der 1970er-Jahre nach Deutschland kamen und sich zusammen mit ihren Familien niederließen.<sup>1</sup>

Menschen mit Migrationshintergrund unterscheiden sich in gesundheitlicher Hinsicht von Menschen ohne Migrationshintergrund. Selbst migrierte Menschen sind im Durchschnitt oftmals gesünder als die Bevölkerung des Landes, aus dem sie stammen, und auch des Landes, in das sie migrieren (der sog. „Healthy Migrant“-Effekt, auf Deutsch: „das Phänomen des gesunden Migranten“). Bestimmte chronische Erkrankungen wie beispielsweise Diabetes treten bei Menschen mit Migrationshintergrund aber häufiger und in einem jüngeren Alter auf. Zu diesen gesundheitlichen Unterschieden trägt neben einem im Durchschnitt geringeren sozioökonomischen Status auch bei, dass Menschen mit Migrations-

hintergrund häufiger in Fertigungsberufen arbeiten und hier hohen physischen und psychischen Arbeitsbelastungen ausgesetzt sind.<sup>2</sup> Daten der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung zeigen für die Gruppe der ausländischen Personen im erwerbsfähigen Alter – eine Identifizierung von Menschen mit Migrationshintergrund ist in Routinedaten der Sozialversicherungsträger, so auch der Unfallversicherung, nicht ohne Weiteres möglich –, dass Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten bei ihnen häufiger als bei deutschen Staatsangehörigen vorkommen. Ebenso geht aus Daten der Deutschen Rentenversicherung hervor, dass ausländische Staatsangehörige öfter als deutsche Staatsangehörige erwerbsgemindert werden, wobei die Unterschiede zwischen den Bevölkerungsgruppen mit steigendem Alter zunehmen.<sup>3</sup> Versorgungsangebote der medizinischen Rehabilitation mit dem Ziel, gesundheitlichen Belastungen und eingetretenen gesundheitlichen Schäden entgegenzuwirken, spielen vor diesem Hintergrund für Menschen mit Migrationshintergrund eine wichtige Rolle. In diesem Beitrag zeigen wir auf, dass das Versorgungssystem bisher nicht ausreichend auf die Vielfalt der Bevölkerung eingestellt ist. In der Folge stoßen Menschen mit Migrationshintergrund auf zahlreiche Hürden, die den Zugang zur Gesundheitsversorgung erschweren und ihre Wirksamkeit einschränken können. In der medizinischen Rehabilitation wird das besonders deutlich, wodurch deren präventive Potenziale nicht hinreichend ausgeschöpft werden. Wir zeigen ferner auf, mit welchen Maßnahmen die Versorgung für die gesamte Bevölkerung, einschließlich Menschen mit Migrationshintergrund, bedarfs- und bedürfnisgerechter gestaltet werden kann.

>

## NUTZUNG MEDIZINISCHER REHABILITATION

Menschen mit Migrationshintergrund nehmen viele Präventionsangebote seltener als Menschen ohne Migrationshintergrund in Anspruch.<sup>4</sup> Dies trifft auch auf die medizinische Rehabilitation zu. In Befragungen, die im Rahmen des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP; eine jährlich wiederholte Befragung repräsentativer Haushalte) durchgeführt wurden, gaben 4,9 Prozent aller Menschen ohne Migrationshintergrund an, eine Rehabilitation im Vorjahr der Befragung in Anspruch genommen zu haben. Bei Befragten mit Migrationshintergrund waren es mit 3,0 Prozent deutlich weniger.<sup>5</sup> Der Unterschied bleibt auch bestehen, wenn die unterschiedliche Altersstruktur der verglichenen Bevölkerungsgruppen berücksichtigt wird. Auch Routinedaten der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung sowie der Deutschen Rentenversicherung zeigen, dass Menschen mit Migrationshintergrund die Rehabilitation seltener als Menschen ohne Migrationshintergrund nutzen (die genannten Befunde beziehen sich aufgrund mangelnder Datenverfügbarkeit teilweise nur auf die Teilgruppe der ausländischen Staatsangehörigen). Die Unterschiede in der Inanspruchnahme zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund lassen sich nicht allein durch eine unterschiedliche Verteilung von demografischen und sozioökonomischen Merkmalen erklären.<sup>5</sup> Offenbar existieren also über diese Faktoren hinausgehende Barrieren, die den Zugang zur Rehabilitation für Menschen mit Migrationshintergrund erschweren.

## VERSORGUNGSZUFRIEDENHEIT

Was lässt sich über die rehabilitative Versorgung derjenigen Menschen mit Migrationshintergrund sagen, denen es gelingt, die medizinische Rehabilitation in Anspruch zu nehmen? Aufschlussreich ist hierbei zum einen die Versorgungszufriedenheit. Sie kann als das Ergebnis eines subjektiven Bewertungsprozesses aufgefasst werden, bei dem Versorgungsnutzer\_innen die erlebte Versorgungsrealität vor dem Hintergrund ihrer eigenen Erwartungen bewerten. Reichhaltige Informationen bietet in diesem Zusammenhang die sog. Rehabilitandenbefragung der Deutschen Rentenversicherung (DRV). Es handelt sich hierbei um eine stichprobenbasierte postalische Befragung von Rehabilitand\_innen zu unterschiedlichen Aspekten des Rehabilitationsaufenthaltes. Sie findet sechs Wochen nach dem Rehabilitationsaufenthalt statt und ist repräsentativ für alle von der Deutschen Rentenversicherung belegten Rehabilitationseinrichtungen. Eine differenzierte Auswertung ist dabei nur nach einzelnen Staatsangehörigkeiten möglich.<sup>6</sup>

Die Befragungsdaten aus den Jahren 2007 bis 2011 zeigen, dass die Zufriedenheit in der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung auf einem insgesamt sehr hohen Niveau ist. 77 Prozent aller deutschen Staatsangehörigen geben an, mit ihrer Rehabilitation insgesamt zufrieden oder sehr zufrieden zu sein. Die Zufriedenheitsquoten bei anderen Staatsangehörigkeitsgruppen sind geringer. Sie betragen je 70 Prozent bei Rehabilitand\_innen mit einer Staatsangehörigkeit aus dem ehemaligen Jugoslawien sowie

Portugal, Spanien, Italien und Griechenland. Bei Rehabilitand\_innen türkischer Staatsangehörigkeit beträgt sie dagegen nur 58 Prozent. Auch diese Unterschiede sind nicht allein darauf zurückzuführen, dass sich demografische und sozio-ökonomische Merkmale zwischen den Bevölkerungsgruppen unterscheiden. Insbesondere Rehabilitand\_innen türkischer Staatsangehörigkeit sind auch nach Adjustierung für die genannten Variablen mit ihrer Versorgung deutlich unzufriedener als Rehabilitand\_innen deutscher Staatsangehörigkeit.<sup>7</sup>

## ERGEBNISSE REHABILITATIVER VERSORGUNG

Ausländische Staatsangehörige weisen zum zweiten ungünstigere rehabilitative Versorgungsergebnisse als deutsche Staatsangehörige auf. Beispielsweise schätzen sie ihre Rehabilitation subjektiv als weniger wirksam ein als deutsche Staatsangehörige das tun. Während 40 Prozent aller ausländischen Rehabilitand\_innen in der Rehabilitandenbefragung der Deutschen Rentenversicherung angeben, dass sich ihr Gesundheitszustand und ihre Leistungsfähigkeit durch die Rehabilitation verbessert hätten, trifft dies auf 54,2 Prozent der deutschen Staatsangehörigen zu. Auch diese Befunde sind nur teilweise durch den Einfluss sozio-ökonomischer und gesundheitlicher Faktoren zu erklären.<sup>8</sup> „Objektive“ Ergebnisse wie das Risiko, nach der Rehabilitation erwerbsgemindert zu werden, oder die berufliche Leistungsfähigkeit nach der Rehabilitation, weisen ebenfalls auf ungünstigere Versorgungsergebnisse bei ausländischen Staatsangehörigen hin.<sup>7</sup> Die Unterschiede zwischen den Staatsangehörigkeiten bleiben bei allen genannten Reha-Ergebnissen im Wesentlichen auch nach Kontrolle für demografische und sozioökonomische Unterschiede bestehen.

## ZUGANGSBARRIEREN UND UNERFÜLLTE VERSORGUNGSERWARTUNGEN

Menschen mit Migrationshintergrund begegnen in der Versorgung Barrieren, die sich nachteilig auf den Zugang und den Versorgungsprozess auswirken können. Diese sind zum einen dadurch bedingt, dass manche Menschen mit Migrationshintergrund nur eingeschränkte Kenntnisse der deutschen Sprache haben, was mit Informationsdefiziten, einer geringen Health Literacy (Fähigkeit, gesundheitliches Wissen zu erwerben und einzusetzen) sowie Problemen in der Kommunikation mit Gesundheitspersonal einhergehen kann. Informationen über Therapien oder Hinweise zum Selbstmanagement von Erkrankungen, beispielsweise in Form von Patientenschulungen, können so nur eingeschränkt vermittelt werden. Auch Beratungsleistungen sowie Behandlungen werden hierdurch erschwert. Kommunikationsprobleme und Konflikte entstehen in der Versorgung aber auch dadurch, dass viele Versorgungseinrichtungen nicht ausreichend auf die Bedürfnisse dieser Bevölkerungsgruppe eingestellt sind und ihre Versorgungserwartungen nur unzureichend berücksichtigen. Dies umfasst beispielsweise Krankheitsvorstellungen, den Wunsch, an Gruppentherapien nur mit Personen des gleichen Geschlechts

teilzunehmen, oder sich auszusuchen, ob man von weiblichem oder männlichem Personal behandelt wird.<sup>7</sup>

## MÖGLICHKEITEN EINER NUTZERORIENTIERTEN REHABILITATIVEN VERSORGUNG

Um die Zugänglichkeit zur Versorgung für Menschen mit Migrationshintergrund zu erhöhen und den Versorgungsprozess zu optimieren, müssen bestehende Barrieren reduziert und die Erwartungen dieser Bevölkerungsgruppe in der Versorgung besser aufgegriffen werden.

Angebote, die sich den Bedürfnissen einzelner Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund, wie Menschen türkischer Herkunft, widmen, sind dabei eher von begrenztem Nutzen. Solche Angebote können weder eine flächendeckende Versorgung sicherstellen, noch berücksichtigen sie die Heterogenität der Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Sie werden auch nicht der Tatsache gerecht, dass der Migrationshintergrund nur ein einzelnes Merkmal von Diversität ist. Menschen mit Migrationshintergrund auf dieses Merkmal zu reduzieren, begünstigt daher nicht nur deren Ausgrenzung, sondern vernachlässigt auch, dass andere Diversitätsmerkmale wie Alter, Geschlecht, sozioökonomische Lage und Behinderung ebenso mit unterschiedlichen Bedürfnissen und Erwartungen an die Versorgung einhergehen. Im Bereich der Rehabilitation spiegelt sich das auch in der Versorgungszufriedenheit sowie den genannten Outcomes wider. Beispielsweise sind Personen, die in einer un-/angelernten beruflichen Stellung arbeiten – unabhängig von ihrem Migrationshintergrund – mit ihrer Versorgung unzufriedener und weisen ungünstigere Versorgungsergebnisse auf als Menschen, die als Facharbeiter\_innen tätig sind.<sup>9,10</sup> Dies macht deutlich, dass Versorgungseinrichtungen der Vielfalt der gesamten Bevölkerung Rechnung tragen müssen. Ein ausschließlicher Fokus auf den Migrationshintergrund ist hierbei nicht ausreichend. Stattdessen ist der Aufbau diversitätssensibler Versorgungsstrukturen notwendig.

Ein solch ganzheitlicher Versorgungsansatz lässt sich durch das ursprünglich aus dem Unternehmensbereich stammende Diversity Management (auf Deutsch etwa: „strukturierter Umgang mit Vielfalt“) realisieren. Auf das Gesundheitssystem übertragen verfolgt Diversity Management das Ziel, Rahmenbedingungen in Institutionen herzustellen, welche Vielfalt von Nutzer\_innen sowie ihren Bedürfnissen und Versorgungserwartungen als Chance statt als Hindernis anerkennen. Erfahrungen aus den USA und Großbritannien zeigen, dass der Einsatz von Diversity-Management-Strategien zu einer Erhöhung der Qualität und Nutzerorientierung in der Versorgung beitragen kann.<sup>11,12</sup>

Ein Diversity-Management-Konzept muss auf die jeweiligen Bedingungen und die aus Sicht von Patienten\_innen und Mitarbeiter\_innen wahrgenommenen Optimierungspotenzialen in der Versorgung zugeschnitten werden. Entsprechend müssen Maßnahmen zum Einsatz kommen, die auf die konkreten Stärken und Schwächen in Einrichtungen zugeschnitten sind. Hierbei kann es sich neben Leitbildern, die die Offenheit gegenüber Vielfalt fördern, auch um Maßnahmen wie die Implementierung von sprachunabhängigen Patientenleitsystemen handeln.<sup>13</sup> In Deutschland kommen

entsprechende Diversity-Management-Strategien in der Rehabilitation unseres Wissens nach bisher nicht zum Einsatz. Ziel eines aktuellen von uns geleiteten Projektes (ReDiMa; Förderung Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften; Laufzeit: 2016 bis 2018) ist es daher, ein solches Konzept für die Rehabilitation zu untersuchen und es auf seine Wirksamkeit hin zu evaluieren.

Auch die Übergänge zwischen einzelnen Versorgungssektoren müssen diversitätssensibel gestaltet werden, um allen Bevölkerungsgruppen eine ausreichende Orientierung im Gesundheitssystem zu ermöglichen. Integrierte Versorgungspfade oder Fallmanagement könnten hierbei auch für die Rehabilitation geeignete Ansätze darstellen, um bestehende Schnittstellenprobleme zu beheben. Gleichzeitig muss die Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen auf die zunehmende Vielfalt der Gesellschaft ausgerichtet werden, um auch von Anbieterseite eine diversitätssensible Steuerung von Gesundheitsleistungen und einen nutzerorientierten Übergang zwischen Versorgungsbereichen zu gewährleisten.<sup>14</sup>

Bei der Umsetzung einer diversitätssensiblen Versorgung sollten außerdem alle Möglichkeiten bestehender Versorgungsangebote ausgeschöpft werden, die den Zielgruppen eine bessere Alltags- und Lebensweltorientierung bieten. Ein Beispiel hierfür ist die ambulante Rehabilitation, die bisher noch verhältnismäßig selten zum Einsatz kommt. Weitere innovative Modellprojekte könnten helfen, den Zugang zur Rehabilitation niederschwellig zu gestalten, den Versorgungsprozess zu optimieren sowie die rehabilitative Versorgung zu flexibilisieren. Ein vielversprechendes Beispiel ist dabei das Konzept der mobilen Rehabilitation. Es handelt sich um eine spezielle Form der ambulanten Rehabilitation, bei der rehabilitative Leistungen als aufsuchendes Angebot im häuslichen Umfeld unter Berücksichtigung zur Verfügung stehender sozialer Ressourcen erbracht werden.<sup>15</sup>

Allen vorgeschlagenen Maßnahmen gemein ist, dass sie vor ihrem Einsatz in der Regelversorgung mittels Evaluationsstudien auf ihre Wirksamkeit und Kosteneffizienz hin überprüft werden müssen. Liegen in beiden Fällen positive Ergebnisse vor, müssen finanzielle Rahmenbedingungen geschaffen werden, die eine nachhaltige Implementierung solcher Maßnahmen im Gesundheitssystem erlauben.

## FAZIT

Menschen mit Migrationshintergrund sehen sich in der Rehabilitation zahlreichen Barrieren gegenüber. Diese schränken den Zugang zur Rehabilitation für diese Bevölkerungsgruppe ein. Sie führen außerdem dazu, dass Menschen mit Migrationshintergrund von rehabilitativen Angeboten nicht in der gleichen Weise wie Menschen ohne Migrationshintergrund profitieren. Um die rehabilitative Versorgung für Menschen mit Migrationshintergrund zu verbessern, müssen Versorgungsinstitutionen für die Bedürfnisse und Versorgungserwartungen dieser Bevölkerungsgruppe sensibilisiert werden. Diversitätssensible Versorgungsstrukturen können eine nachhaltige bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgungsgestaltung für die gesamte Bevölkerung, einschließlich Menschen mit Migrationshintergrund, ermöglichen.

## Autoren

**Oliver Razum**, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Abt. Epidemiologie & International Public Health

**Patrick Brzoska**, Technische Universität Chemnitz, Fakultät für Human- und Sozialwissenschaften, Institut für Soziologie, Juniorprofessur für Epidemiologie

## Anmerkungen

- 1** – Statistisches Bundesamt: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2014 (Fachserie 1 Reihe 2.2), Wiesbaden 2015.
- 2** – C. Oldenburg; A. Siefer; B. Beermann: Migration als Prädiktor für Belastung und Beanspruchung? In: Fehlzeiten-Report 2010. B. Badura; H. Schröder; J. Klose; K. Macco (Hrsg.), Berlin 2010, S. 141–151.
- 3** – P. Brzoska; O. Razum: Migration and Occupational Health: High Work-related Burden, in: Public Health Forum 23 (2015), S. 113–115.
- 4** – O. Razum; H. Zeeb; U. Meesmann et al.: Migration und Gesundheit, Berlin 2008.
- 5** – S. Voigtländer; P. Brzoska; J. Spallek et al.: Die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation bei Menschen mit Migrationshintergrund, in: Migration und gesundheitliche Ungleichheit in der Rehabilitation. T. Schott, O. Razum (Hrsg.), Weinheim 2013, S. 92–104.
- 6** – Deutsche Rentenversicherung: Handbuch zur Rehabilitandenbefragung. Befragung nach medizinischer Rehabilitation, Berlin 2012.
- 7** – P. Brzoska; O. Razum: Erreichbarkeit und Ergebnisqualität rehabilitativer Versorgung bei Menschen mit Migrationshintergrund, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz Nr. 58 (2015), S. 553–559.
- 8** – P. Brzoska, O. Sauzet, Y. Yilmaz-Aslan et al.: Self-rated Treatment Outcomes in Medical Rehabilitation Among German and Non-German Nationals Residing in Germany: Cross-sectional Study, BMC Health Services Research, in review.
- 9** – T. Meyer; N. Pohontsch; C. Maurischat et al.: Patientenzufriedenheit und Zielorientierung in der Rehabilitation, Lage 2008.
- 10** – P. Brzoska; S. Voigtländer; J. Spallek et al.: Utilization and Effectiveness of Medical Rehabilitation in Foreign Nationals Residing in Germany, in: Eur J Epidemiol 25 (2010), S. 651–660.
- 11** – A.-M. Greene; G. Kirton: Diversity Management in the UK: Organizational and Stakeholder Experiences, New York 2009.
- 12** – S. Kumra; S. Manfredi: Managing Equality and Diversity. Theory and Practice, Oxford 2012.
- 13** – M. A. Pfannstiel: State of the Art von Maßnahmen und Instrumenten zum Management der Patienten- und Mitarbeiterdiversität im Krankenhaus, in: Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus II. Prozesse, Produktivität, Diversität. R. B. Bounken; M. A. Pfannstiel; A. J. Reuttschl (Hrsg.), Wiesbaden 2014, S. 381–427.
- 14** – N. Pohontsch; R. Deck: Überwindung von „Schnittstellenproblemen“ in der medizinischen Rehabilitation, in: Monitor Versorgungsforschung 6 (2010), S. 40–43.
- 15** – M. Schmidt-Ohlemann; C. Schweizer: Mobile Rehabilitation: Eine Innovation in der ambulanten medizinischen Rehabilitation, in: Die Rehabilitation 48 (2009), S. 15–25.

## Impressum

© 2016

**Friedrich-Ebert-Stiftung**

Herausgeber: Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik  
Godesberger Allee 149, 53175 Bonn  
Fax 0228 883 9205, www.fes.de/wiso

Für diese Publikation ist in der FES verantwortlich:  
Severin Schmidt, Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik  
Bestellungen/Kontakt: wiso-news@fes.de

Die in dieser Publikation zum Ausdruck gebrachten Ansichten sind nicht notwendigerweise die der Friedrich-Ebert-Stiftung.  
Eine gewerbliche Nutzung der von der FES herausgegebenen Medien ist ohne schriftliche Zustimmung durch die FES nicht gestattet.

**ISBN 978-3-95861-446-8**