

## Rehabilitative Versorgung und gesundheitsbedingte Frühberentung von Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland: Abschlussbericht

Brzoska, Patrick; Voigtländer, Sven; Reutin, Barbara; Yilmaz-Aslan, Yüce; Barz, Irina; Starikow, Klara; Reiss, Katharina; Dröge, Angela; Hinz, Julia; Exner, Anne; Striedelmeyer, Lena; Krupa, Elzbieta; Spallek, Jacob; Berg-Beckhoff, Gabriele; Schott, Thomas; Razum, Oliver

Veröffentlichungsversion / Published Version

Abschlussbericht / final report

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

Bundesministerium für Arbeit und Soziales

### Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Brzoska, P., Voigtländer, S., Reutin, B., Yilmaz-Aslan, Y., Barz, I., Starikow, K., ... Razum, O. (2010). *Rehabilitative Versorgung und gesundheitsbedingte Frühberentung von Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland: Abschlussbericht*. (Forschungsbericht / Bundesministerium für Arbeit und Soziales, FB402). Bielefeld: Bundesministerium für Arbeit und Soziales; Universität Bielefeld, Fak. für Gesundheitswissenschaften, WHO Collaborating Center. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-48228-3>

### Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

# Rehabilitative Versorgung und gesundheitsbedingte Frühberentung von Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland

– Abschlussbericht –

## Autorinnen und Autoren:

Patrick Brzoska<sup>1</sup>, Sven Voigtländer<sup>1</sup>, Barbara Reutin<sup>2</sup>, Yüce Yılmaz-Aslan<sup>1</sup>, Irina Barz<sup>2</sup>, Klara Starikow<sup>2</sup>, Katharina Reiss<sup>1</sup>, Angela Dröge<sup>2</sup>, Julia Hinz<sup>2</sup>, Anne Exner<sup>1</sup>, Lena Striedelmeyer<sup>1</sup>, Elzbieta Krupa<sup>1</sup>, Jacob Spallek<sup>1</sup>, Gabriele Berg-Beckhoff<sup>1</sup>, Thomas Schott<sup>2</sup> und Oliver Razum<sup>1</sup>

<sup>1</sup>AG3 Epidemiologie & International Public Health

<sup>2</sup>AG1 Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie

Anschrift:

Prof. Dr. Oliver Razum

Abt. Epidemiologie & International Public Health

Fakultät für Gesundheitswissenschaften

Universität Bielefeld

Postfach 10 01 31

33501 Bielefeld

Datum: 09.04.2010

# Inhaltsübersicht

<b>Inhaltsübersicht</b>	<b>ii</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b>	<b>iv</b>
<b>Tabellenverzeichnis</b>	<b>vi</b>
<b>Verzeichnis häufig verwendeter Abkürzungen</b>	<b>vii</b>
<b>1 Einleitung und Forschungsauftrag</b>	<b>1</b>
<b>2 Migration und Rehabilitation</b>	<b>6</b>
2.1 Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten	6
2.1.1 Arbeitsunfälle	7
2.1.2 Berufskrankheiten	8
2.2 Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen	9
2.2.1 Medizinische Rehabilitation	9
2.2.2 Berufliche Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)	12
2.3 Rehabilitationserfolg	13
2.4 Gesundheitliche Frühberentung und Erwerbsminderungsrente	14
2.5 Zugangs- und Durchführungsbarrieren	15
2.5.1 Sprachbarrieren und Informationsdefizite	17
2.5.2 Kulturelle Barrieren	18
2.5.3 Migrationsspezifische Barrieren	21
2.6 Zwischenfazit	23
<b>3 Ergebnisse der quantitativen Untersuchung</b>	<b>25</b>
3.1 Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten	25
3.1.1 Arbeitsunfälle	25
3.1.2 Berufskrankheiten	29
3.2 Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen	36
3.2.1 Modellierung der Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation allgemein (SOEP)	36
3.2.2 Inanspruchnahme von Leistungen der Gesetzlichen Unfallversicherung	51
3.2.3 Inanspruchnahme von Leistungen der Deutschen Rentenversicherung	54
3.2.4 Rehabilitanden bei der Bundesagentur für Arbeit	59
3.3 Rehabilitationsabschluss und Frühberentung	61
3.3.1 Modellierung der Leistungsfähigkeit nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation	61
3.3.2 Arbeitsunfall- und Berufskrankheiten-Renten	64
3.3.3 Rentenzugänge bei der Deutschen Rentenversicherung	68
3.4 Methodische Einschränkungen	75
3.5 Zusammenfassung und Fazit	75
<b>4 Ergebnisse der qualitativen Befragung</b>	<b>78</b>
4.1 Methodischer Zugang	78
4.1.1 Experteninterviews	78
4.1.2 Fokusgruppen	80
4.2 Zugangsbarrieren für die Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen	84
4.2.1 Berufliche Rehabilitation	84
4.2.2 Medizinische Rehabilitation	87
4.3 Unterschiede in der Versorgungsqualität von Rehabilitationsleistungen	90
4.3.1 Berufliche Rehabilitation	90
4.3.2 Medizinische Rehabilitation	93
4.4 Zusammenfassung und Fazit	98

<b>5</b>	<b>Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen</b>	<b>100</b>
5.1	Schlussfolgerungen	100
5.2	Handlungsempfehlungen zum Umgang mit Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren	103
5.2.1	Interkulturelle Handlungskompetenz	103
5.2.2	Sprachliche Probleme	104
5.2.3	Aufsuchende Versorgungsstrukturen	104
5.2.4	Diversity Management	105
5.3	Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Datenlage	106
	<b>Literatur</b>	<b>110</b>
	<b>Abbildungsanhang</b>	<b>115</b>
	<b>Tabellenanhang (liegt als separates Dokument diesem Bericht bei)</b>	
	<b>Anhang zur qualitativen Befragung (liegt als separates Dokument diesem Bericht bei)</b>	

# Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Prozentualer Anteil der Hauptdiagnosegruppen als Indikationsgebiete medizinischer Rehabilitation, getrennt nach türkisch und nicht-türkischer Abstammung und Geschlecht, alle Altersgruppen .....	12
Abb. 2: Quote aus der Anzahl meldepflichtiger Arbeitsunfälle und der Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter nach Staatsangehörigkeit und Jahr. ....	26
Abb. 3 a/b: Quote aus der Anzahl meldepflichtiger Arbeitsunfällen und der Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter nach Staatsangehörigkeit und Jahr, getrennt für Männer (a) und Frauen (b). ....	27
Abb. 4: Durchschnittliches Alter von Personen, die einen Arbeitsunfall erlitten haben, stratifiziert nach Staatsangehörigkeit. ....	28
Abb. 5: Quote aus der Anzahl tödlicher meldepflichtiger Arbeitsunfälle und der Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter nach Staatsangehörigkeit und Jahr. ....	29
Abb. 6: Quote aus der Anzahl anerkannter Berufskrankheiten und der Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter nach Staatsangehörigkeit und Jahr. ....	30
Abb. 7 a/b: Durchschnittliches Alter von Personen mit anerkannter Berufskrankheit, stratifiziert nach Staatsangehörigkeit und Jahr für Männer (a) und Frauen (b). ....	32
Abb. 8: Durchschnittliches Alter von Personen mit einer tödlich verlaufenden anerkannten Berufskrankheit, stratifiziert nach Staatsangehörigkeit und Jahr, Männer. ....	33
Abb. 9 a/b: Durchschnittliche Dauer des BK-Feststellungsverfahrens, stratifiziert nach Staatsangehörigkeit und Jahr, Männer (a) und Frauen (b). ....	34
Abb. 10: Ergebnis des BK-Feststellungsverfahrens stratifiziert nach Staatsangehörigkeit und ausgewählten Jahren. ....	34
Abb. 11: Ergebnis des BK-Feststellungsverfahrens bei den sechs häufigsten Berufskrankheiten nach Staatsangehörigkeit, 1999-2007. ....	35
Abb. 12: Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme im Jahr 2003 insgesamt und in Abhängigkeit von Migrationshintergrund, stratifiziert nach Alter und Geschlecht. ....	47
Abb. 13: Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme im Jahr 2006 insgesamt und in Abhängigkeit von Migrationshintergrund, stratifiziert nach Alter und Geschlecht. ....	47
Abb. 14 a/b: Quote aus der Anzahl von Inanspruchnahmen von Maßnahmen medizinischer Rehabilitation der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung innerhalb der gewerblichen Wirtschaft und der Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter nach Staatsangehörigkeit und Jahr, Männer (a) und Frauen (b). ....	52
Abb. 15 a/b: Quote aus der Anzahl von Inanspruchnahmen von Maßnahmen beruflicher Rehabilitation der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung innerhalb der gewerblichen Wirtschaft und der Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter nach Staatsangehörigkeit und Jahr. ....	53
Abb. 16 a/b: Quote aus der Anzahl von Inanspruchnahmen von Maßnahmen medizinischer und beruflicher Rehabilitation der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung innerhalb der gewerblichen Wirtschaft und der Anzahl von sozialversicherungspflichtig Beschäftigten nach Staatsangehörigkeit und Jahr. ....	53
Abb. 17 a/b: Dauer der Antragstellung bei Inanspruchnehmerinnen und Inanspruchnehmern medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen der Deutschen Rentenversicherung, 2006, Männer (a) und Frauen (b), kumulierte Häufigkeiten. ....	58
Abb. 18 a/b: Quote aus der Anzahl von Rehabilitanden bei der Bundesagentur für Arbeit und der Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter nach Staatsangehörigkeit und Jahr, Männer (a) und Frauen (b). ....	59
Abb. 19 a/b: Anteil von Personen mit einem Behinderungsgrad >50 an allen Rehabilitanden bei der Bundesagentur für Arbeit, nach Staatsangehörigkeit und Jahr, Männer (a) und Frauen (b). ....	61

Abb. 20 a/b: Quote aus der Anzahl neuer Unfallrenten und der Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter nach Staatsangehörigkeit und Jahr, Männer (a) und Frauen (b). .....	65
Abb. 21 a/b: Mittlerer Grad der Erwerbsminderung bei neuen Unfallrenten nach Staatsangehörigkeit und Jahr, Männer (a) und Frauen (b). .....	65
Abb. 22 a/b: Quote aus der Anzahl neuer BK-Renten und der Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter nach Staatsangehörigkeit und Jahr, <20- bis 65-Jährige, Männer (a) und Gesamt (b). .....	67
Abb. 23 a/b: Mittlerer Grad der Erwerbsminderung bei neuen BK-Renten nach Staatsangehörigkeit und Jahr, Männer (a) und Gesamt (b).. .....	67
Abb. 24 a/b: Quote aus der Anzahl von DRV-Erwerbsminderungsrenten und der Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter nach Staatsangehörigkeit und Jahr, (a) Männer und (b) Frauen. ....	69
Abb. 25 a/b: Quote aus der Anzahl von DRV-Erwerbsminderungsrenten und der Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigten nach Staatsangehörigkeit und Alter, 2007, Männer (a) und Frauen (b). .....	70
Abb. 26 a/b: Ursache der Rentengewährung (Anteil an allen Erwerbsminderungsrenten) nach ausgewählten Hauptdiagnosegruppen und Jahr, Männer (a) und Frauen (b). .....	71
Abb. 27 a/b: Ursache der Rentengewährung (Anteil an allen Erwerbsminderungsrenten) nach ausgewählten Hauptdiagnosegruppen und Staatsangehörigkeit im Jahr 2007, Männer (a) und Frauen (b). .....	71
Abb. 28 a/b: Quote aus der Anzahl von Inanspruchnahmen medizinischer Rehabilitation im Vorfeld der Frühberentung und der Anzahl von Erwerbsminderungsrenten nach Staatsangehörigkeit und Jahr, Männer (a) und Frauen (b). .....	72
Abb. 29 a/b: Quote aus der Anzahl von Inanspruchnahmen beruflicher Rehabilitation im Vorfeld der Frühberentung und der Anzahl von Erwerbsminderungsrenten nach Staatsangehörigkeit und Jahr, Männer (a) und Frauen (b). .....	73
Abb. 30 a/b: Anteil voller Erwerbsminderung an allen Erwerbsminderungsrenten nach Staatsangehörigkeit und Jahr, Männer (a) und Frauen (b). .....	74
Abb. 31 a/b: Anteil voller Erwerbsminderung an allen Erwerbsminderungsrenten nach Staatsangehörigkeit und Alter, 2007, Männer (a) und Frauen (b). .....	74

# Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Datenquellen und methodische Zugänge im Projekt.....	3
Tab. 2: Odds Ratios (Chancenverhältnisse) für ein „nicht verbessertes Behandlungsergebnis“ in der Gruppe türkischer Rehabilitanden im Vergleich zu nicht-türkischen Rehabilitanden .....	13
Tab. 3: Chance des Erwerbs ausgewählter anerkannter Berufskrankheiten bei sozialversicherungspflichtig Beschäftigten nach Staatsangehörigkeit, 1999-2007, Odds Ratios. ....	31
Tab. 4: Verwendete Variablen für die Modellierung der Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation mit Hilfe des sozio-oekonomischen Panels.....	39
Tab. 5: Charakteristika der SOEP-Befragten 2002-2004 insgesamt und stratifiziert nach Migrationshintergrund.....	41
Tab. 6: Charakteristika der SOEP-Befragten 2002-2004 insgesamt und stratifiziert nach deutscher und ausländischer Staatsangehörigkeit. ....	42
Tab. 7: Charakteristika der SOEP-Befragten 2002-2004 für die Subgruppen Personen mit türkischem Migrationshintergrund sowie Aussiedlerinnen und Aussiedler. ....	43
Tab. 8: Charakteristika der SOEP-Befragten 2005-2007 insgesamt und stratifiziert nach Migrationshintergrund.....	44
Tab. 9: Charakteristika der SOEP-Befragten 2005-2007 insgesamt und stratifiziert nach Staatsangehörigkeit.....	45
Tab. 10: Charakteristika der SOEP-Befragten 2005-2007 für die Subgruppen „Personen mit türkischem Migrationshintergrund“ sowie „Aussiedlerinnen und Aussiedler“ .....	46
Tab. 11: Logistische Modellierung mit Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in 2003 als abhängiger Variable, Odds Ratios (OR) und Konfidenzintervalle (CI) (Quelle: Eigene Berechnung auf Grundlage des SOEP).....	49
Tab. 12: Logistische Modellierung mit Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in 2006 als abhängiger Variable, Odds Ratios (OR) und Konfidenzintervalle (CI) .....	50
Tab. 13: Charakteristika von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die im Jahr 2006 Leistungen der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Gesetzlichen Rentenversicherung in Anspruch genommen haben, nach Staatsangehörigkeit, Odds Ratios .....	55
Tab. 14: Charakteristika von Rehabilitanden, die im Jahr 2006 Leistungen der beruflichen Rehabilitation von Deutschen Gesetzlichen Rentenversicherung in Anspruch genommen haben, nach Staatsangehörigkeit, Odds Ratios .....	57
Tab. 15: Dauer der Antragstellung bei Inanspruchnehmerinnen und Inanspruchnehmern medizinischer und beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen der Deutschen Rentenversicherung, 2006. ....	58
Tab. 16: Odds Ratios für eine Leistungsfähigkeit nach Abschluss der Rehabilitation von weniger als 3 Stunden im letzten Beruf, der vor der Rehabilitationsmaßnahme ausgeübt wurde, bzw. einem neuen Beruf (im Vergleich zu Deutschen). ....	62
Tab. 17: Chance der Berentung wegen eines Arbeitsunfalls bei sozialversicherungspflichtig Beschäftigten nach Staatsangehörigkeit und Diagnose, 1999-2007, Odds Ratios (Referenz: Deutsche). ....	66
Tab. 18: Durchgeführte Experteninterviews in beruflicher und medizinischer Rehabilitation .....	80
Tab. 19: Leitfaden für Fokusgruppen in der medizinischen Rehabilitation .....	82
Tab. 20: Anzahl der durchgeführten Fokusgruppen und einzelnen Interviews mit Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. ....	83
Tab. 21: Staatsangehörigkeit als Differenzierungsmerkmal für einen Migrationshintergrund in Prozess- und Routinedaten, Vor- und Nachteile.. ....	108

# Verzeichnis häufig verwendeter Abkürzungen

95%-CI	95%-Konfidenzintervall
AU	Arbeitsunfall
BA	Bundesagentur für Arbeit
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BFW	Berufsförderungswerk
BK	Berufskrankheit
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
DRV	Deutsche Rentenversicherung
Ex-YU	Ehemaliges Jugoslawien
FAW	Fortbildungsakademie der Wirtschaft
GUV	Gesetzliche Unfallversicherung
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
LTA	Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation)
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OR	Odds Ratio
P/GR/I/E	Portugal/Griechenland/Italien/Spanien
SD	Standardabweichung
SGB	Sozialgesetzbuch
SOEP	Sozio-oekonomisches Panel
SUF	Scientific Usefile
TR	Türkei
WHO	World Health Organization



# 1 Einleitung und Forschungsauftrag

Im Laufe der letzten Jahre und Jahrzehnte ist Deutschland de facto zu einem Einwanderungsland geworden. Die in Deutschland lebenden Menschen mit Migrationshintergrund sind dabei sehr heterogen. Sie sind aus unterschiedlichen Gründen migriert, sie unterscheiden sich in ihrer Kultur und haben unterschiedliche Bedürfnisse und Bedarfe. Nach Möglichkeit sollten sie in der Gesundheitsberichterstattung daher separat betrachtet werden. Auch Angebote der Gesundheitsversorgung müssen diese Heterogenität berücksichtigen.

In Deutschland leben aktuell über 15 Millionen Menschen mit einem Migrationshintergrund, das entspricht fast 19% der Bevölkerung (Statistisches Bundesamt 2009). Zu den Menschen mit Migrationshintergrund werden neben Ausländerinnen und Ausländern (Menschen mit einer ausländischen Staatsangehörigkeit; ca. 7,3 Millionen Personen) auch eingebürgerte Migrantinnen und Migranten (mit einer deutschen Staatsangehörigkeit), deren Kinder, die die deutsche Staatsangehörigkeit bei Geburt erhalten haben, sowie „ethnisch Deutsche“ wie die sog. Aussiedlerinnen und Aussiedler<sup>1</sup> gezählt (zusammen ca. 8,1 Millionen Personen). In den meisten Routinestatistiken wird allerdings nur das Merkmal „ausländische Staatsangehörigkeit“ geführt, so dass Aussagen zu den Menschen mit Migrationshintergrund mit deutscher Staatsangehörigkeit auf dieser Grundlage dieser Statistiken nur vereinzelt möglich sind.

Der Anteil der in Deutschland lebenden Ausländerinnen und Ausländer stieg in den letzten Jahrzehnten von 1,2% (1961) auf rund 8,8% (2007) an (Statistisches Bundesamt 2009). Mit einer Bevölkerung von 1,9 Millionen sind Menschen mit türkischer Staatsangehörigkeit die größte Gruppe ausländischer Personen in Deutschland. Hinzu kommen ca. 500.000 türkische Personen, die die deutsche Staatsangehörigkeit angenommen haben (Eingebürgerte) sowie andere, die die deutsche Staatsbürgerschaft bei der Geburt erhalten haben, deren Eltern jedoch einen Migrationshintergrund haben. Nach Aussiedlerinnen und Aussiedlern sind Menschen mit einem türkischen Migrationshintergrund die zweitgrößte ethnische Minderheit in Deutschland. Etwa 700.000 Menschen mit Migrationshintergrund haben eine Staatsangehörigkeit von Ländern aus dem ehemaligen Jugoslawien oder wurden aus diesen Ländern in Deutschland eingebürgert. 1,2 Millionen haben einen griechischen oder italienischen Migrationshintergrund (ebd.).

Das Durchschnittsalter der ausländischen Bevölkerung ist momentan geringer als das der deutschen Bevölkerung. Während jedoch 1991 noch weniger als 5% der Ausländerinnen und Ausländer über 60 Jahre alt waren, lag der Anteil der über 60-Jährigen 2004 bereits bei 11%.

---

<sup>1</sup> In diesem Bericht wird der Begriff der „Aussiedlerinnen und Aussiedler“ auch stellvertretend für die Gruppe der Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler verwendet. Siehe für nähere Informationen Ipsen-Peitzmeier/Kaiser (2006) sowie Brüß (2006).

Besonders die sog. Arbeitsmigrantinnen und Arbeitsmigranten z.B. aus der Türkei, bleiben bis zum Ende ihrer Erwerbstätigkeit und darüber hinaus aus unterschiedlichen Gründen zunehmend in Deutschland (Razum et al. 2004; Razum et al. 2005). Somit ist auch die Zahl der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Migrationshintergrund in den letzten Jahren gestiegen und es ist zu erwarten, dass sie mit der Alterung der ausländischen Bevölkerung weiter steigen wird (Maier et al. 2008). Bei türkischstämmigen Männern war z.B. in den Jahren von 2000 bis 2004 ein Anstieg der Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen um fast 30% zu verzeichnen. Insgesamt stieg die Inanspruchnahme durch Personen mit türkischem Migrationshintergrund auf 5,4% aller Inanspruchnahmen an, liegt jedoch noch weit unter der Inanspruchnahme nicht-migrierter Personen. Darüber hinaus war der Rehabilitationserfolg von türkischen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, über fast alle Indikationsgebiete hinweg, deutlich geringer als der von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ohne türkischen Migrationshintergrund (Maier et al. 2008). Die Hintergründe hierfür sind noch nicht eindeutig erforscht. Bisher wird davon ausgegangen, dass sprachliche und kulturelle Besonderheiten sowohl Einfluss auf die Inanspruchnahme von gesundheitlichen Leistungen insgesamt als auch auf die Kommunikation und Interaktion während des Behandlungsprozesses nehmen – gesicherte Ergebnisse fehlen allerdings. Für Deutschland liegen noch nicht viele Studien vor, die sich mit dem Thema „Migration und Rehabilitation“ auseinandersetzen.

Dieser „blinde Fleck“ im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund war nicht zuletzt Anlass für das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), ein entsprechendes Forschungsprojekt in Auftrag zu geben. Durch die Projektschreibung „Rehabilitative Versorgung und gesundheitsbedingte Frühberentung von Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland“ mit einer Laufzeit von Oktober 2008 bis Februar 2010 ist es nun möglich, anhand eines Bereichs Unterschiede in der Versorgung bei Menschen mit Migrationshintergrund und deren Ursachen eingehend zu untersuchen. Insofern besitzt das Projekt auch eine Pionierfunktion für die Versorgungsforschung bei Menschen mit Migrationshintergrund in anderen Bereichen.

Vor dem Hintergrund der sehr eingeschränkten Erkenntnislage sollten mit diesem Projekt die folgenden Fragen beantwortet werden:

1. Gibt es bezogen auf Personengruppen mit Migrationshintergrund Besonderheiten bzw. Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten?
2. Lassen sich für diese Personengruppen Besonderheiten bzw. Unterschiede bezüglich der Inanspruchnahme von medizinischen oder beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen identifizieren?
3. Gibt es bei diesen Personengruppen Besonderheiten bzw. Unterschiede hinsichtlich gesundheitlicher Frühberentungen und des Rehabilitationserfolgs? Inwieweit greift das gesetzliche Prinzip „Rehabilitation vor Rente“?

4. Lassen sich für diese Personengruppen Zugangsbarrieren zu rehabilitativen Leistungen bzw. Leistungen im Rahmen gesundheitsbedingter Frühberentung identifizieren?

In Anlehnung an ein methodisch-triangulatives Vorgehen werden in der Untersuchung einzelne Teilbereiche der Fragestellungen mit unterschiedlichen Methoden untersucht (Tab. 1).

<b>Quantitativ</b>	<b>Qualitativ</b>
<i>Deskriptive Auswertung von Prozessdaten zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation unterschiedlicher Rehabilitationsträger</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Deutsche Rentenversicherung Bund</li> <li>– Bundesagentur für Arbeit</li> <li>– Gesetzliche Unfallversicherung</li> </ul>	<i>Experteninterviews im Bereich medizinischer/beruflicher Rehabilitation</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Kostenträger</li> <li>– Leistungsträger</li> <li>– Gatekeeper</li> <li>– Experten/innen in Rehabilitationseinrichtungen</li> </ul>
<i>Analyse von Individualdaten/stat. Modellierung</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Scientific Usefile der DRV (inkl. Gastauswertung vor Ort)</li> <li>– Sozio-oekonomisches Panel</li> </ul>	<i>Fokusgruppen im Bereich medizinischer/beruflicher Rehabilitation</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Russlanddeutsche Rehabilitand/innen</li> <li>– Türkische Rehabilitand/innen</li> </ul>

Ü Tab. 1: Datenquellen und methodische Zugänge im Projekt

Der Forschungsgegenstand wird dabei von verschiedenen Perspektiven aus betrachtet. Ziel ist es, durch die Erweiterung von Perspektiven auf den untersuchten Gegenstand einen Erkenntniszuwachs (z.B. auf unterschiedlichen Ebenen) zu erreichen. Hierzu werden sowohl quantitative und qualitative Methoden kombiniert, als auch innerhalb der beiden Forschungsparadigmen unterschiedliche Methoden eingesetzt. Der dadurch entstehende Erkenntnisgewinn soll damit weiter reichen als dieses mit nur einem Zugang möglich wäre (Flick 2008).

Im *quantitativen Bereich* werden zum einen Prozessdaten unterschiedlicher Datenhalter herangezogen (Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV), Bundesagentur für Arbeit (BA), Gesetzliche Unfallversicherung (GUV)). Darüber hinaus werden mit dem Scientific Usefile „Abgeschlossene Rehabilitationen 2006“ sowie dem Sozio-oekonomischen Panel (SOEP) Individualdatensätze für eine Modellierung unterschiedlicher Outcomes wie Inanspruchnahme und Rehabilitationserfolg genutzt. Die Auswertung des Scientific Usefiles wird um eine Gastauswertung bei der DRV vor Ort in Berlin erweitert, um stratifizierte Auswertungen für die Migrationsgruppen, die im Fokus des Projektes stehen, zu ermöglichen.

In Deutschland wird in den meisten (Gesundheits-)Statistiken und Datensätzen nach wie vor einzig die Variable „Staatsangehörigkeit“ geführt (Razum et al. 2008; Spallek & Razum 2006). Das gilt auch für die im Rahmen dieser Untersuchung herangezogenen Prozessdaten. Das heißt, dass auf Grundlage der quantitativen Daten im Folgenden nur Aussagen über die Teilmenge der Menschen mit Migrationshintergrund gemacht werden können, die eine ausländische Staatsangehörigkeit besitzen. Eine Ausnahme bilden hierbei im quantitativen Bereich die Auswertungen auf Grundlage des Sozio-oekonomischen Panels, das eine um-

fassendere Abbildung des Migrationshintergrundes gestattet (siehe Kapitel 3.2.1 für nähere Informationen).

Erkenntnisse im *qualitativen Bereich* basieren auf leitfadengestützten Experteninterviews mit Kosten-, Leistungs- und Entscheidungsträgern im Bereich der medizinischen und beruflichen Rehabilitation sowie auf Fokusgruppeninterviews mit den Nutzerinnen und Nutzern medizinischer und beruflicher Rehabilitationsangebote. Auf dieser Grundlage werden Problemfelder aus Sicht der beteiligten Therapeutinnen und Therapeuten und Rehabilitandinnen und Rehabilitanden diskutiert. Es gilt, Möglichkeiten der Weiterentwicklung des Zugangs, der Inanspruchnahme und der Durchführung aufzuzeigen, aber auch bestehende Grenzen in der Rehabilitation bei Personen mit Migrationshintergrund zu identifizieren. Die jeweilige Methodik der Auswertung wird in den entsprechenden Auswertungsabschnitten detailliert beschrieben. Der Fokus der qualitativen Untersuchung wird auf die Gruppe der Aussiedlerinnen und Aussiedler sowie der Menschen mit türkischem Migrationshintergrund gelegt, da es sich hierbei um die beiden größten Migrantengruppen in Deutschland handelt. Die Ergebnisse der qualitativen Auswertung können hierbei einen Beitrag leisten, die Befunde der quantitativen Untersuchung zu erklären.

Der vorliegende Abschlussbericht stellt die Ergebnisse des Forschungsprojekts getrennt nach den vier Fragestellung und unterschiedlichen methodischen Zugängen zusammen. Je nach Setting und Verfügbarkeit von Daten in einzelnen Bereichen der Rehabilitation werden dabei Aussagen über die folgenden Menschen mit Migrationshintergrund getroffen:

- *Menschen mit Migrationshintergrund allgemein sowie*
  - *Menschen mit einem türkischen Migrationshintergrund und*
  - *Aussiedlerinnen und Aussiedler*
- *Ausländerinnen und Ausländer allgemein sowie*
  - *Ausländerinnen und Ausländer aus der Türkei,*
  - *Ausländerinnen und Ausländer aus dem ehemaligen Jugoslawien und*
  - *Ausländerinnen und Ausländer aus Portugal/Spanien/Italien/Griechenland*

Durch die breit angelegte Perspektive erlaubt das Projekt differenzierte Aussagen über diesen bisher nur wenig erforschten Bereich der Migrationsforschung.

Der Bericht ist wie folgt aufgebaut: Auf diese Einleitung folgend werden in Kapitel 2 fragestellungsorientiert zunächst auf Grundlage einer systematischen Recherche bisherige Erkenntnisse aus der Literatur zur Rehabilitation bei Personen mit Migrationshintergrund zusammengestellt, bewertet und Erkenntnisdefizite offengelegt. Kapitel 3 präsentiert die Ergebnisse der quantitativen Auswertung und reflektiert sie, sofern möglich, inhaltlich wie methodisch kritisch vor dem Hintergrund bestehender Ergebnisse aus der Literatur. Es widmet sich der Frage, ob es Unterschiede und Besonderheiten zwischen den einzelnen Personengruppen hinsichtlich Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten, hinsichtlich der Inanspruchnahme von

Leistungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation, hinsichtlich gesundheitsbedingter Frühberentung und der Leistungsfähigkeit nach Abschluss der Rehabilitation gibt. Kapitel 4 befasst sich auf Basis einer qualitativen Untersuchung mit möglichen Zugangs-, Durchführungs- und Wirksamkeitsbarrieren in der medizinischen wie beruflichen rehabilitativen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. In Kapitel 5 werden die dargestellten Ergebnisse der qualitativen und quantitativen Untersuchung resümiert und Handlungsempfehlungen für die rehabilitative Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund abgeleitet.

## 2 Migration und Rehabilitation

Um bisherige Erkenntnisse aus der Literatur zu Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten, zur Inanspruchnahme und zum Erfolg medizinischer/beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen sowie zur gesundheitsbedingten Frühberentung und Erwerbsminderung zusammenzutragen, wurde eine systematische Literaturrecherche in Medline, BiomedCentral, MEDPILOT, dem Bibliothekskatalog und der Aufsatzdatenbank der Universität Bielefeld, dem Internetangebot der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Bundesagentur für Arbeit und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, sowie über die Internetsuchmaschine Google© durchgeführt. Folgende Suchstrings wurden in deutscher bzw. englischer Sprache verwendet: *Migrant\* AND Rehabilitation AND Deutschland; Migrant\* AND Arbeitsunfälle; Migrant\* AND Berufskrankheiten; Migrant\* AND Rehabilitation; Migrant\* AND Rehabilitation AND Inanspruchnahme; Migrant\* AND Frühberentung; Migrant\* AND Erwerbsminderung; Migrant\* AND Rehabilitationserfolg*. Weiterhin wurde statt dem Begriff *Migrant\** nach den einzelnen Abstammungen (türkisch, spanisch, portugiesisch, griechisch, jugoslawisch und Spätaussiedler) sowie nach Migration und Ausländern recherchiert.

Die Ergebnisse dieser Literaturrecherche zu den genannten Themenbereichen werden im Folgenden vorgestellt.

### 2.1 Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten

Laut Sozialgesetzbuch (SGB) Siebtes Buch (VII) werden Unfälle von Versicherten, die infolge einer versicherten Tätigkeit entstanden sind und zu einem Gesundheitsschaden führen, als Arbeitsunfälle bezeichnet. Dies schließt auch so genannte Wegeunfälle vom und zum Arbeitsplatz mit ein. Dabei muss jedoch ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit, dem Arbeitsunfall und dem Gesundheitsschaden bestehen. Erst dann wird der Arbeitsunfall zu einem Versicherungsfall der gesetzlichen Unfallversicherung (§ 8 SGB VII; Seidel et al. 2007)

Der zweite Versicherungsfall der gesetzlichen Unfallversicherung sind die so genannten Berufskrankheiten. Eine Berufskrankheit ist eine nach der Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) gesetzlich anerkannte Krankheit, die – wie der Arbeitsunfall – ursächlich im Zusammenhang mit der versicherten Tätigkeit steht. Zu den Berufskrankheiten zählen durch physikalische und chemische Einwirkungen sowie durch Infektionserreger oder Parasiten verursachte Krankheiten, Erkrankungen der Atemwege und der Lungen, des Rippenfells und Bauchfells, Hautkrankheiten sowie Krankheiten sonstiger Ursache (Anlage 1 BKV; § 9 SGB VII; Seidel et al. 1997).

Beide Versicherungsfälle zeigen somit eine durch die Erwerbstätigkeit verursachte gesundheitliche Beeinträchtigung der Beschäftigten an.

### **2.1.1 Arbeitsunfälle**

Auf der Basis der Daten des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales können Aussagen über das Arbeitsunfallrisiko der drei Bevölkerungsgruppen ‚deutsche Staatsangehörige‘, ‚ausländische Staatsangehörige‘ sowie ‚türkische Staatsangehörige‘ (als Untergruppe der ausländischen Staatsangehörigen) gemacht werden. Hierzu berechneten Razum et al. (2008) das Anteilsverhältnis der jeweiligen Bevölkerungsgruppe an den Arbeitsunfällen für die Jahre 1995 bis 2003. Das Anteilsverhältnis ist der Anteil der Unfälle bzw. tödlichen Unfälle einer Bevölkerungsgruppe geteilt durch den Anteil der jeweiligen Bevölkerungsgruppe an den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten. Liegt der Wert über dem Referenzwert 1, so ist die entsprechende Gruppe verhältnismäßig stark von Arbeitsunfällen betroffen (ebd.).

Die Auswertung zeigt, dass ausländische Beschäftigte ein deutlich höheres Anteilsverhältnis an Arbeitsunfällen aufweisen als deutsche Beschäftigte. Türkische Beschäftigte sind sogar noch stärker als ausländische Beschäftigte insgesamt von Arbeitsunfällen betroffen. Bis zum Jahr 2000 nahmen die Anteilsverhältnisse bei beiden Bevölkerungsgruppen (ausländisch und türkisch) langsam ab, wohingegen sie seit 2000 jedoch tendenziell wieder zunehmen. Das Anteilsverhältnis der ausländischen sowie der türkischen Beschäftigten an den tödlichen Arbeitsunfällen unterscheidet sich bis zum Jahr 1998 kaum von dem der deutschen Beschäftigten. Allerdings finden sich Anhaltspunkte dafür, dass ab 1998 ausländische sowie türkische Beschäftigte stärker als deutsche Beschäftigte von tödlichen Arbeitsunfällen betroffen sind (siehe Razum et al. 2008 für Details).

Ähnliche Ergebnisse liefert auch die Auswertung der Arbeitsunfähigkeitsstatistik des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen (BKK) aus dem Jahr 1997. Die Arbeitsunfähigkeitsfälle durch Arbeitsunfälle je 100 BKK-Versicherte sind bei den Nichtdeutschen höher als bei den Deutschen (7,2 zu 4,6). Die Rate der türkischen Staatsangehörigen übersteigt mit 8,5 sogar diejenige der nichtdeutschen Versicherten insgesamt. Jedoch weisen nichtdeutsche Versicherte durchschnittlich kürzere Krankheitstage je Fall auf als deutsche Versicherte (17,3 zu 18,7) (Razum et al. 2008).

Mögliche Gründe für das erhöhte Arbeitsunfallrisiko der ausländischen Bevölkerungsgruppe liegen u.a. in deren Beschäftigungsprofil. Ausländische Beschäftigte sind proportional häufiger in Berufen mit einem erhöhten Risiko für Arbeitsunfälle tätig als deutsche Beschäftigte. Dazu gehören körperlich belastende Tätigkeiten beispielsweise in der Landwirtschaft, im Baugewerbe, im Verkehrsgewerbe sowie in der Metallindustrie. Geringe Deutschkenntnisse, eine ungenügende Einweisung in den Tätigkeitsbereich und den Umgang mit den Arbeitsge-

räten, mangelnde Aufklärung über Gefahren, Risiken und Schutzmaßnahmen, sowie risikoreiche Arbeitsaufträge stellen weiterhin bedeutende Ursachen für Arbeitsunfälle der nicht-deutschen Beschäftigten dar (ebd.).

## 2.1.2 Berufskrankheiten

Berufskrankheiten treten im Gegensatz zu Arbeitsunfällen selten zeitlich unmittelbar nach gesundheitsgefährdenden Arbeitsbedingungen auf. Oft liegt eine lange Latenzzeit zwischen der Exposition gegenüber einer Gesundheitsbelastung bzw. einem Schadstoff am Arbeitsplatz und dem tatsächlichen Auftreten eines Gesundheitsschadens. Eine Berufskrankheit kann also erst Jahre nach der Exposition am Arbeitsplatz auftreten (Razum et al. 2008).

Auch im Zusammenhang mit Berufskrankheiten wurde das Anteilsverhältnis der deutschen, türkischen und ausländischen Staatsangehörigen insgesamt an anerkannten Berufskrankheiten für die Jahre 1995 bis 2000 berechnet. Das Anteilsverhältnis bezeichnet den Anteil der anerkannten Berufskrankheit einer Bevölkerungsgruppe geteilt durch den Anteil der jeweiligen Bevölkerungsgruppe an den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (ebd.).

Die Auswertung zeigt, dass das Anteilsverhältnis der deutschen und ausländischen Beschäftigten von 1995 bis 2000 im Bereich des Referenzwertes 1 liegt. Lediglich die türkischen Beschäftigten sind überproportional häufig von Berufskrankheiten betroffen. Ihr Anteilsverhältnis ist zwischen 1995 und 2000 etwa doppelt so hoch wie das der deutschen und ausländischen Beschäftigten insgesamt (ebd.).

Die Auswertung der amtlichen Statistik der gewerblichen Unfallversicherungsträger für die Jahre 1995 bis 1997 durch Erdogan (2002) zeigt außerdem, dass der Anteil der weiblichen türkischen Beschäftigten an der Gesamtzahl türkischer Beschäftigter, die zwischen 1995 und 1997 eine Berufskrankheit anerkannt erhielten, mit lediglich 4% sehr gering ist. Weibliche türkische Beschäftigte erkrankten allerdings in sehr viel jüngerem Alter (< 26 Jahre) als männliche türkische Beschäftigte (41-55 Jahre). Weiterhin wurde sowohl bei den deutschen als auch bei den türkischen männlichen Beschäftigten die Lärmschwerhörigkeit am häufigsten und die Quarzstaublungenerkrankung (Silikose) am zweithäufigsten als Berufskrankheit anerkannt. Bei den weiblichen türkischen Beschäftigten belegten Hautkrankheiten und Lärmschwerhörigkeit die ersten beiden Ränge der zwischen 1995 und 1997 anerkannten Berufskrankheiten. Daten zu weiblichen deutschen Beschäftigten liegen nicht vor. Durchschnittlich sind türkische Beschäftigte bei Eintritt der Berufskrankheit jünger als deutsche Beschäftigte. So beträgt die durchschnittliche Altersdifferenz bei der Quarzstaublungenerkrankung beispielsweise 12,3 Jahre (54,4 Jahre bei männlichen türkischen Beschäftigten; 66,7 Jahre bei männlichen deutschen Beschäftigten) (Erdogan 2002).



Mögliche Gründe dafür, dass ausländische Beschäftigte insgesamt nicht überproportional häufig von Berufskrankheiten betroffen sind, können in der Beseitigung schädlicher Substanzen (wie z.B. Asbest) in der verarbeitenden Industrie seit den 1950er-Jahren, aber auch in der durchschnittlich kürzeren Beschäftigungsdauer sowie dem jüngeren Alter dieser Bevölkerungsgruppe liegen. Warum türkische Beschäftigte, als Untergruppe der ausländischen Beschäftigten, ein so viel höheres Anteilsverhältnis an anerkannten Berufskrankheiten aufweisen und somit anscheinend größeren gesundheitlichen Belastungen am Arbeitsplatz ausgesetzt sind als andere ausländische Beschäftigte, bleibt bisher weitestgehend unklar (Erdogan 2002).

## **2.2 Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen**

### **2.2.1 Medizinische Rehabilitation**

Zur Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation bei Migrantinnen und Migranten aus Spanien, Portugal, Italien, Griechenland und dem ehemaligen Jugoslawien sowie bei Aussiedlerinnen und Aussiedlern konnten keine relevanten Publikationen über die oben genannte Literaturrecherche gefunden werden. Im Folgenden können daher nur Aussagen zu Migrantinnen und Migranten bzw. Ausländerinnen und Ausländern allgemein sowie zu türkischen Migrantinnen und Migranten vorgestellt werden.

Alles in allem gilt die Beteiligung ausländischer Versicherter an Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rentenversicherung als unterdurchschnittlich (Dietzel-Papakyriakou/Olbermann 2005). Neben den Leistungen der medizinischen Rehabilitation werden auch Leistungen der stationären und ambulanten Psychotherapie, rehabilitative Angebote der psychosozialen Institutionen sowie ambulante Rehabilitationsverfahren insbesondere von türkischen Rehabilitanden nur sehr selten genutzt (Lindert et al. 2008, Maier et al. 2008).

Die medizinische Rehabilitation bei Migrantinnen und Migranten war unter anderem Thema auf der „7. Jahrestagung Migration und öffentlicher Gesundheitsdienst“ des Landesinstituts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalens (Iögd). Die dort vorgestellten Daten beziehen sich auf das Bundesland Nordrhein-Westfalen. Im Jahr 2000 führten demnach 4.671 Migrantinnen und 9.100 Migranten eine medizinische Rehabilitation durch. Das entsprach einer rohen Inanspruchnahme von 14 pro 1.000 Versicherte bei den Migrantinnen und 17 pro 1.000 Versicherte bei den Migranten. Bei den deutschen Frauen nahmen 17 pro 1.000 versicherte Frauen eine solche Rehabilitation in Anspruch, bei den Männern 20 pro 1.000 versicherte Männer. Unter Berücksichtigung unterschiedlicher Con-

founder zeigte sich bei der Betrachtung der einzelnen Diagnosen, die zu einer Rehabilitationsmaßnahme führten, dass sowohl bei Ausländerinnen wie Ausländern die Inanspruchnahme rehabilitativer Maßnahmen bei Neubildungen und den Krankheiten des Nerven- und Verdauungssystems niedriger ist als bei Deutschen. Ausländerinnen hatten signifikant niedrigere Inanspruchnahmen rehabilitativer Maßnahmen bei Krankheiten des Atmungssystems und bei Verletzungen, Vergiftungen und bestimmten anderen Folgen äußerer Ursachen. Bei den männlichen Migranten zeigte sich eine niedrigere Inanspruchnahme bei der Diagnose „psychische und Verhaltensstörungen“ (Iögd 2005).

Eine aktuellere Untersuchung bestätigt diesen Befunde: Im Jahr 2002 haben in Nordrhein-Westfalen 65.018 deutsche Frauen (19,2 pro 1.000 versicherte Frauen) und 78.218 deutsche Männer (20,9 pro 1.000 versicherte Männer) eine medizinische Rehabilitation in Anspruch genommen. Diese Daten gehen aus den Statistiken des Verbands Deutscher Rentenversicherungsträger der Raumgröße Nordrhein-Westfalens hervor. Bei der ausländischen Bevölkerung nahmen 15,5 pro 1.000 versicherte Männer bzw. 13,7 pro 1.000 versicherte Frauen Maßnahmen in Anspruch. Die Inanspruchnahme von Migranten war also auch im Jahr 2002 deutlich geringer als bei den deutschen Versicherten – auch nach Kontrolle für das Alter (Rommel 2005).

Ähnliche Befunde lassen sich auch für andere Bundesländer identifizieren. So geht aus dem Gesundheitsbericht Berlin hervor, dass bei den in Berlin lebenden Deutschen die Maßnahmen der Rehabilitation 2,5-mal so häufig in Anspruch genommen wurden wie bei Ausländerinnen und Ausländern. Bei den Deutschen war ein rückläufiger Trend in den Jahren 2004 und 2005 in der Rate der Rehabilitationsmaßnahmen zu erkennen, die 2006 wieder zunahm. Bei den Ausländerinnen und Ausländern ist weiterhin ein Rückgang zu verzeichnen. Die Differenz zwischen den deutschen und ausländischen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bezogen auf 100.000 Versicherte ist im Jahr 2005 größer geworden. Letzteres liegt am Übergang der ehemals sozialhilfeberechtigten Personen in den Rechtskreis des SGB II. Rehabilitationsleistungen werden sowohl bei ausländischen Personen als auch bei Deutschen am häufigsten im Alter zwischen 55 und 60 Jahren wahrgenommen (Meinlschmidt 2007).

Daten aus beiden Bundesländern zeigen, dass eine der häufigsten Diagnosen, die eine Inanspruchnahme einer Rehabilitationsmaßnahme erfordert, sowohl bei den ausländischen Personen als auch Deutschen Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems, vor allem Arthropathien, sind. Bei dem Vergleich zwischen deutschen und ausländischen Rehabilitanden in dieser Diagnosegruppe zeigt sich, dass die weiblichen Rehabilitanden ausländischer Staatsangehörigkeit mit 6 und die Männer mit 9 Prozentpunkten über den deutschen Rehabilitandinnen bzw. Rehabilitanden liegen (Berlin). Die zweithäufigste Diagnose sind bei den ausländischen Frauen und bei den Deutschen beider Geschlechter psychische und Verhal-

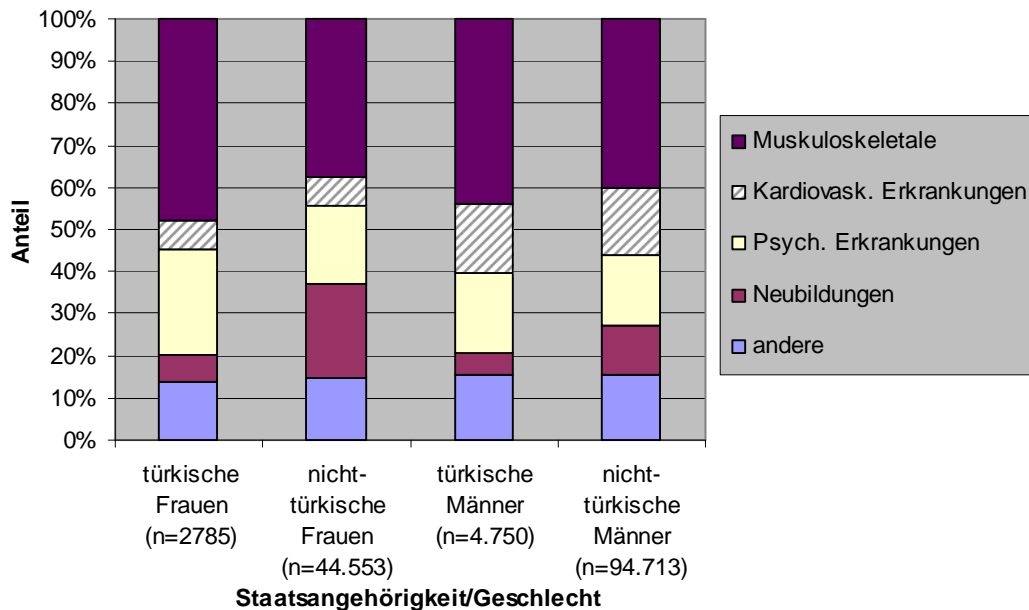
tenstörungen. Bei den Männern mit ausländischer Staatsangehörigkeit liegt diese Diagnose an dritter Stelle. Erkrankungen des Kreislaufsystems sind bei den ausländischen Männern an zweiter Stelle und bei den deutschen Rehabilitanden die dritthäufigste Diagnose. Bei den deutschen und ausländischen Frauen stehen an dritter Stelle bösartige Neubildungen (Meinlschmidt 2007; Rommel 2005).

### *Untersuchungen mit speziellem Fokus auf Menschen mit türkischem Migrationshintergrund*

Einige Untersuchungen fokussierten speziell auf türkische Migrantinnen und Migranten. Maier et al. (2008) führten eine Sekundärdatenanalyse mit Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung Rheinland durch, aus denen sie Menschen mit türkischem Migrationshintergrund mit Hilfe eines Namensalgorithmus (Razum et al. 2000; Razum et al. 2001) identifizierten. Es handelt sich um eine der wenigen Untersuchungen, die ein über die ausländische Staatsangehörigkeit hinausgehendes Konzept des Migrationshintergrundes nutzt.

Im Jahr 2000 wurden insgesamt 32.660 medizinische Rehabilitationen durch Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Rheinland in Anspruch genommen, von denen 1.425 Versicherte (4,4%) eine türkische Abstammung aufwiesen. Die Zahl der Inanspruchnehmenden stieg im Jahr 2004 auf insgesamt 33.550 an, wobei sich auch der Anteil von Personen mit einem türkischen Migrationshintergrund erhöhte. In dem genannten Jahr erhielten 1.809 dieser Personen eine solche Maßnahme (Maier et al. 2008), was einem Anteil von 5,4% entspricht (ebd.). Bei den türkischen Migrantinnen und Migranten zeigt sich, dass in den Jahren von 2000 bis 2004 der Anteil der Rehabilitanden, die mindestens eine Rehabilitationsleistung in Anspruch nahmen, bei 5,1% lag (Maier et al. 2008). Der Anteil der weiblichen türkischen Rehabilitanden, die Leistungen der medizinischen Rehabilitation in Anspruch nahmen, entsprach 1,6% im Jahr 2000, 2,0% im Jahr 2002 und sank im Jahr 2004 auf 1,8% ab. Bei den männlichen türkischen Rehabilitanden stieg der Anteil kontinuierlich vom Jahr 2000 von 2,7% auf 3,5% im Jahr 2004 an (ebd.).

Die häufigste Ursache für die Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation waren bei türkischen Migrantinnen (47,9%) und Migranten (43,9%) wie auch bei den nicht-türkischen Rehabilitandinnen (37,4%) und Rehabilitanden (40,2%) muskuloskeletale Erkrankungen (Abb. 1). Nicht-türkischen Frauen erhielten häufiger Rehabilitationsmaßnahmen wegen Neubildungen, während ein Viertel der türkischen Frauen wegen psychischer Erkrankungen eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nahm (Maier et al. 2008).



Ü Abb. 1: Prozentualer Anteil der Hauptdiagnosegruppen als Indikationsgebiete medizinischer Rehabilitation, getrennt nach türkisch und nicht-türkischer Abstammung und Geschlecht, alle Altersgruppen (Quelle: Maier et al. 2008 auf Grundlage von Daten der DRV)

Wie andere Untersuchungen zeigen, nehmen Patienten mit Migrationshintergrund Rehabilitationsleistungen nicht nur selten, sondern auch spät und erst in einem stark chronifizierten Zustand wahr. Der Gesundheitszustand und die gesundheitlichen Belastungen zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme sind oftmals deutlich schlechter als in deutschen Vergleichsgruppen (Schmeling-Kludas et al. 2003, Nickel et al. 2006, Mösko et al. 2008). Angesichts einer deutlichen Unterrepräsentation ausländischer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer an Rehabilitationsmaßnahmen und einer unterdurchschnittlichen Beteiligung ausländischer Versicherter an Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rentenversicherung (Kohler/Ziese 2004, Dietzel-Papakyriakou/Olbermann 2005) und des schlechteren Gesundheitszustandes bei Inanspruchnahme (Schmeling-Kludas et al. 2003, Razum 2005, Nickel et al. 2006, Mösko et al. 2008) ist ein verspäteter Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen zu diskutieren.

## 2.2.2 Berufliche Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)

Publikationen, die die Inanspruchnahme beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund differenziert vergleichen, sind nicht verfügbar.

## 2.3 Rehabilitationserfolg

Informationen zum Rehabilitationserfolg finden sich in der Literatur nur für türkische Rehabilitandinnen und Rehabilitanden.

Die bereits erwähnte Untersuchung der Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung Rheinland ergab, dass der Rehabilitationserfolg türkischer Migrantinnen und Migranten geringer ist als der anderer Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. In den Jahren von 2000 bis 2004 hat sich bei 52,8% der türkischen Migrantinnen das Behandlungsergebnis durch die stationäre Rehabilitation verbessert, im Vergleich zu nicht-türkischen Frauen mit einem entsprechenden Anteil von 59,9%. Eine Verbesserung bei den türkischen Männern erfolgte bei 52,9%, knapp sechs Prozentpunkte weniger als bei nicht-türkischen Männern ( $p$  jeweils  $<0,05$ ) (Maier et al. 2008). Türkische Rehabilitandinnen und Rehabilitanden haben also eine erhöhte Chance<sup>2</sup>, keine Verbesserung des Behandlungsergebnisses durch die Rehabilitation zu erzielen (türkische Frauen: OR 1,6; 95%-CI 1,4-1,7; türkische Männer: OR 1,5; 95%-CI 1,4-1,6). Die Größe dieser Unterschiede variiert jedoch in Abhängigkeit von der Diagnosegruppe (siehe Tab. 2). Für Herz-Kreislauferkrankungen lassen sich keine Unterschiede im Behandlungserfolg zwischen türkischen Migrantinnen und Migranten gegenüber sonstigen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden feststellen.

Diagnosegruppe	OR*	p
Muskel, Skelett etc.	2,1	$<0,001$
Psychische Störungen	1,8	$<0,001$
Herz-Kreislauferkrankungen	1,0	$>0,05$

\*adjustiert für Alter, Geschlecht und Beruf

Ü Tab. 2: Odds Ratios (Chancenverhältnisse) für ein „nicht verbessertes Behandlungsergebnis“ in der Gruppe türkischer Rehabilitanden im Vergleich zu nicht-türkischen Rehabilitanden (Maier et al. 2008)

Auch in Untersuchungen von Mösko et al. (2008), durchgeführt in einer psychosomatischen Fachklinik, wurde festgestellt, dass Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit türkischem Migrationshintergrund einen geringeren Behandlungserfolg in einer stationären rehabilitativen Behandlung haben als Patienten ohne türkischen Migrationshintergrund (Mösko et al. 2008). Auf der Basis eines Prä-Post-Vergleichs wurden bei Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen, die sich in einer Rehabilitation befanden, Fragebogen zur Selbst- und Fremdeinschätzung der Gesundheit zum Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt eingesetzt. Insgesamt lässt sich aus den Ergebnissen ableiten, dass sich die Behandlungsergeb-

<sup>2</sup> Der Begriff „Chance“ ist hier und im Folgenden im epidemiologischen Sinne als Verhältnis der Wahrscheinlichkeit eines Ereignisses (z.B. Behandlungsergebnis gebessert) und seiner Gegenwahrscheinlichkeit (z.B. Behandlungsergebnis nicht gebessert) zu verstehen. Er kann in den meisten Fällen näherungsweise als „Risiko“ interpretiert werden.

nisse bei Patienten ohne türkischen Migrationshintergrund deutlich stärker verbessern als bei den Patienten mit Migrationshintergrund. Eine Ursache dafür könnte sein, dass Personen türkischer Abstammung schon zu Beginn des stationären Rehabilitationsaufenthaltes stärker psychopathologisch und sozialmedizinisch belastet sind (Möske et al. 2008).

Einige Studien untersuchten speziell die Arbeitsfähigkeit bei türkischen Staatsangehörigen nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation. So zeigt eine Aktenanalyse aus dem Jahr 1997/1998, dass nur 18% der türkischen Ausländerinnen und Ausländer nach einer psychosomatischen Rehabilitation als arbeitsfähig entlassen wurden, während es 64% bei den Deutschen waren (Schmeling-Kludas et al. 2003; Schmeling-Kludas 2004).

## **2.4 Gesundheitliche Frühberentung und Erwerbsminderungsrente**

Verfügbare Untersuchungen zur gesundheitlichen Frühberentung unterscheiden nur nach der Staatsangehörigkeit.

Daten der Gesundheitsberichterstattung des Landes Berlin zeigen, dass Ausländerinnen und Ausländer ein höheres Frühberentungsrisiko als Personen deutscher Staatsangehörigkeit haben (Meinlschmidt 2007; Meinlschmidt 2009). Bezogen auf die Jahre 2001 bis 2006 liegt die Rate der Frühberentung bei Ausländerinnen und Ausländern mit sieben Prozentpunkten über der der Deutschen. Jede/r Achte neu Berentete war eine Person mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit. Die Bewilligungsrate einer Rente wegen Erwerbsminderung betrug bei deutschen Frauen 397 und bei den deutschen Männern 418 je 100.000 Versicherte, wohingegen sie ausländischen Frauen bei 497 und bei männlichen Ausländern bei 435 je 100.000 Versicherte lag (Meinlschmidt 2007).

In der Altersgruppe 50 bis unter 60 Jahre zeigt sich, dass Ausländerinnen etwa ein 1,25-faches Risiko einer Frühberentung haben wie deutsche Frauen, wobei es sich mit dem Alter erhöht. So ist es bei den über 60-jährigen Ausländerinnen fast 2,5-mal so hoch wie bei deutschen Frauen. Bei den Männern ergibt sich ebenfalls eine höhere Zugangsrate bei den Ausländern im Vergleich zu den deutschen Männern in der Altersgruppe der 50- bis unter 60-Jährigen (Meinlschmidt 2009).

Im Jahr 2003 gab es in Deutschland 16.630 Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentner von insgesamt 89.911 Rentenneuzugängen und im Jahr 2004 16.153 von 88.852 Rentenneuzugängen. Der Anteil der Erwerbsminderungsrenten bei Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit lag im Jahr 2003 bei 18,6% und 2004 bei 18,2%. Bei Personen mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit betrug dieser Anteil im Jahr 2003 31% und 2004 28%, war also deutlich höher (Höhne 2007).

Ausländerinnen und Ausländer nehmen seltener eine medizinische Rehabilitationsleistung in Anspruch als deutsche Personen, bevor sie eine Erwerbsminderungsrente bekommen (Höhne 2007). Während jeder zweite Deutsche (47,9%) eine diagnosespezifische medizinische Rehabilitation in Anspruch genommen hat, bevor eine Erwerbsminderungsrente bewilligt wurde, war dies nur bei etwa jeder dritten ausländischen Person der Fall (34,8%). Das ergibt eine Untersuchung der Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung von 2003 (Höhne/Schubert 2007).

Bei männlichen Ausländern sind Diagnosen wie psychische und Verhaltensstörungen die häufigste Ursache für eine Frühberentung (33,9%). Bei den Frauen sind es 45,7%, die aufgrund dieser Diagnose eine Erwerbsminderungsrente erhalten (Höhne/Schubert 2007). Bei Männern sind neben dieser Diagnose darüber hinaus Herz-Kreislauf- und Muskel-Skeletterkrankungen ein häufiger Grund für die Frühberentung (Höhne 2007). Die Untersuchung von Höhne und Schubert (2007) zeigte, dass sich Deutsche und ausländische Personen bezüglich der Rolle von psychischen und Verhaltensstörungen und Neubildungen voneinander unterscheiden. Während psychische und Verhaltensstörungen signifikant häufiger bei türkischen Rehabilitanden und Rehabilitandinnen vorkommen, treten Neubildungen signifikant häufiger bei Deutschen auf. Bezogen auf die Diagnosegruppen psychische und Verhaltensstörung, Herz-Kreislaferkrankungen und Muskel-Skeletterkrankungen gehen Migrantinnen und Migranten im Mittel später aus gesundheitlichen Gründen in die Frührente als Deutsche. Bei den Männern ist es umgekehrt. Deutlich wird bei der Betrachtung des Alters und dieser drei Diagnosegruppen, dass unabhängig von der Abstammung, die Erwerbsminderungsrente bei psychischen und Verhaltensstörungen signifikant (mindestens vier Jahre) früher eintritt als bei Muskel-Skelett- und Herz-Kreislaferkrankungen (Höhne/Schubert 2007).

## **2.5 Zugangs- und Durchführungsbarrieren**

Zugang wird definiert als ein potentieller oder tatsächlicher Zutritt einer Bevölkerungsgruppe zum Gesundheitssystem (Turnock 2004). Laut Sachverständigen für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) haben alle Patienten das „Recht auf gleichen Zugang zu allen Einrichtungen des Gesundheitswesens ohne Rücksicht auf Nationalität, Religion, sozialen Status, Wohnort oder Geschlecht“ (SVR 1992, S. 107). Diese Aussage des SVR basiert auf dem Leitbild der Gleichheit bzw. dem Prinzip der Bedarfsgerechtigkeit, welches in der deutschen Gesellschaft fest verankert ist. In Deutschland hat die Frage des Zugangs zum Gesundheitswesen eine eher geringe Bedeutung, da der bedarfsgerechte Zugang zur gesundheitlichen Versorgung formal durch das soziale Sicherungssystem sichergestellt ist. Es ist im Gesundheitswesen so weit ausgebaut, dass fast die gesamte Bevölkerung – ungeachtet

ihres sozioökonomischen Status – einem Versicherungsschutz unterliegt (Gerlinger 2008). Der Zugang zum gesundheitlichen Versorgungssystem ist für Migrantinnen und Migranten teilweise eingeschränkt und abhängig von ihrem Aufenthaltsstatus. Für alle Versicherten mit einer Aufenthaltserlaubnis für mehr als 12 Monate ist der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung jedoch gesichert und aus formalrechtlicher Perspektive problemlos möglich. Asylbewerberinnen und Asylbewerber haben hingegen nur Anspruch auf eine Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzen. Ungeachtet der formalen und rechtlichen Gleichheit, die für den Großteil der in Deutschland lebenden Menschen mit Migrationshintergrund zutrifft, kann dennoch vermutet werden, dass der Zugang der Migrantinnen und Migranten zur Gesundheitsversorgung schlechter als bei der deutschen Allgemeinbevölkerung ist (Razum et al. 2004)

Migration kann die Möglichkeiten und Fähigkeiten, Einrichtungen und Angebote des Gesundheitswesens in Anspruch zu nehmen, erschweren. Eine angemessene Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten kann durch Sprachbarrieren, Informationsdefizite, kultur- und religionspezifische Krankheits- und Gesundheitskonzepte, Geschlechterrollen, rechtliche Barrieren oder Angst, z.B. vor aufenthaltsrechtlichen Folgen oder Arbeitsplatzverlust, beeinträchtigt werden (Razum/Geiger 2003; Geiger/Razum 2006).

Die Sozialwissenschaften in Deutschland haben schon lange die Bedeutung der Integration von Migranten erkannt. Dies gilt aber keineswegs für die gesundheitsbezogene Forschung, die sich diesem Thema trotz seiner gesellschaftlichen Bedeutung erst seit Kurzem verstärkt widmet (Koch/Brähler 2008; Razum et al. 2008).

Systematische Studien zur Versorgung und zu den spezifischen Bedürfnissen von Migranten im Gesundheitswesen fehlen (Schmeling-Kludas 2003; Myllymäki-Neuhoff 2006). Repräsentative Studien, in denen die potentiellen Zugangsbarrieren und Versorgungsprobleme empirisch überprüft werden, sind in Deutschland bisher kaum vorhanden (Mielck 2008). Will man das Thema beleuchten, ist man gezwungen, auf graue Literatur (z.B. Projektberichte, Tagungsdokumente und Internetseiten) zurückzugreifen und wissenschaftliche Diskussionsbeiträge und Erfahrungsberichte in die Analyse mit einzubeziehen. Des Weiteren ist es in Ansätzen möglich, die Zugangsbarrieren, die im Rahmen der allgemeinen gesundheitlichen Versorgung diskutiert werden, auf den Bereich der Rehabilitation zu übertragen, wobei die Aussagekraft aber eingeschränkt ist.

Zugangsbarrieren sind Hindernisse oder Hürden, die zwischen den Angeboten des Gesundheitssystems und den Patienten stehen. Diese Barrieren finden sich auf verschiedenen Ebenen und können sowohl durch das System (Strukturen, Akteure etc.) als auch durch die Patientengruppe aufgebaut werden. In Abhängigkeit von Nationalität, ethnischer, religiöser und sozialer Zugehörigkeit, des Beweggrundes zur Migration, des Aufenthaltsstatus und der



Aufenthaltsdauer sowie der Anpassungsleistung, Sozialisation und Integration können Möglichkeiten und Fähigkeiten, Einrichtungen und Angebote des Gesundheitswesens in Anspruch zu nehmen, eingeschränkt sein (Razum/Geiger 2003; Geiger/Razum 2006). In Anbetracht dieser Heterogenität gibt es folglich nicht *die* Zugangsbarrieren für die Gruppe der Migranten. Während der Zugang zum Versorgungssystem für einige Menschen mit Migrationshintergrund völlig unproblematisch verläuft, stellt er für andere wiederum ein komplexes Problem dar.

Sprachbarrieren, Informationsdefizite, kultur- und religionspezifische Krankheits- und Gesundheitskonzepte und Wertvorstellungen, Geschlechterrollen, migrationsspezifische Hintergründe und Erfahrungen (z.B. Pendelmigration älterer Migranten, Flucht- und Gewalterfahrungen), rechtliche Barrieren oder Angst (z.B. vor aufenthaltsrechtlichen Folgen, Diskriminierung oder Arbeitsplatzverlust) können eine angemessene Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten durch Migranten beeinträchtigen. Aber auch eine ausgeprägte Mittelschichtorientierung, die fehlende kulturspezifische Ausrichtung der Versorgungsangebote und eine mangelhafte interkulturelle Kompetenz der Akteure können die Kommunikation und den Zugang zum System erschweren und somit zu einer Beeinträchtigung der gesundheitlichen Versorgung von Migrantengruppen führen (Brandenburg 1994; Rodewig 2000; Razum/Geiger 2003; Schmeling-Kludas et al. 2003; Razum et al. 2004; Dietzel-Papakyriakou/Olbermann 2005; Marschalck/Wiedl 2005; Geiger/Razum 2006; Myllymäki-Neuhoff 2006).

### **2.5.1 Sprachbarrieren und Informationsdefizite**

Sprachbarrieren und Wissensdefizite hinsichtlich des deutschen Versorgungssystems zählen zu den zentralen Zugangsbarrieren (Rodewig 2000; Schmeling-Kludas et al. 2003; Keller 2004; Razum et al. 2004; Algül/Mielck 2005; Dietzel-Papakyriakou/Olbermann 2005; Dreissig 2005; Eberding/Schlippe 2005; Razum 2005; Geiger/Razum 2006; Myllymäki-Neuhoff 2006; Koch/Brähler 2008; Lindert et al. 2008; Mielck 2008; Schenk et al. 2008). Eine grundlegende Voraussetzung zur Teilhabe am Versorgungssystem sind angemessene Sprachkenntnisse bzw. -fähigkeiten. Aber auch Ausdrucksvermögen und der Alphabetisierungsgrad sowie die formale Schulbildung sind eine wichtige Basis für eine gelungene Kommunikation im Gesundheitsbereich und im Hinblick auf Menschen mit Migrationshintergrund zu berücksichtigen (Razum et al. 2004). Geringe Deutschkenntnisse und/oder ein unzureichender Wortschatz zur Beschreibung der komplexen Bereiche Körper, Gesundheit, Befinden und Symptomwahrnehmung erschweren die Verständigung zwischen Gesundheitsleister/innen und Menschen mit Migrationshintergrund und können so zu Kommunikationsproblemen und zu

gesundheitlicher Chancenungleichheit führen (Rodewig 2000; Uske et al. 2001; Razum/Geiger 2003; Razum et al. 2004; Eberding/Schlippe 2005; Geiger/Razum 2006).

Erschwerend hinzu kommt, dass das stark segmentierte Versorgungssystem, das Leistungsspektrum der jeweiligen Gesundheitseinrichtungen und die Vielzahl sozialrechtlicher Regelungen und Zuständigkeiten insbesondere für Migranten intransparent sind. Informationsdefizite über Versorgungsangebote und fehlende Kenntnisse über das Gesundheitssystem stehen einer adäquaten und zielgerichteten Inanspruchnahme entgegen (Brandenburg 1994; Borde/David 2007; Keller 2004; Dietzel-Papakyriakou/Olbermann 2005; Razum 2006; Lindert et al. 2008; Schenk et al. 2008). In diesem Zusammenhang ist die fehlende interkulturelle Ausrichtung des deutschen Gesundheitssystems zu bemängeln. So fehlt es in Gesundheitseinrichtungen häufig z.B. an mehrsprachigen Informationsmaterialien, visuellen oder audiovisuellen Kommunikationshilfen und qualifizierten Dolmetscherdiensten, die eine bedarfsgerechtere Inanspruchnahme fördern könnten (Schmeling-Kludas et al. 2003, Razum et al. 2004). Unter Berücksichtigung evtl. eingeschränkter sprachlicher Kompetenzen, existierender Informationsdefizite und zugleich fehlender Unterstützungsangebote scheint sowohl der Zugang zu den gesundheitlichen Diensten, Institutionen und Behörden (Krankenkassen, Gemeinsame Servicestellen etc.) als auch die Verständigung mit den Akteuren und damit letztendlich auch der Zugang zur Rehabilitation deutlich erschwert.

## 2.5.2 Kulturelle Barrieren

„Der Begriff ‚kulturspezifisch‘ bezieht sich auf Besonderheiten, die aufgrund eines bestimmten kulturellen Hintergrundes auftreten, d.h. aufgrund der Werte, Verhaltensnormen und Glaubenseinstellungen, die der sozialen Gemeinschaft zugehörig sind, aus der die betreffende Person stammt“ (Fernando 1991, zitiert nach Behrens/Calliess 2008, S. 163). So verschieden wie die Beweggründe für die Einwanderung sind, sind auch die kulturellen, ethnischen, religiösen und sozialen Identitäten der Menschen. Demzufolge gibt es auch an dieser Stelle nicht *die* kulturelle Barriere per se.

### *Gesundheits- und Krankheitskonzepte*

Die Vorstellungen über die Symptome, die Ursachen, die Konsequenzen und den Verlauf einer Krankheit sind kulturell geprägt und werden als bedeutende Zugangsbarrieren zum Versorgungssystem diskutiert (Rodewig 2000; Schmeling-Kludas et al. 2003; Razum et al. 2004; Dietzel-Papakyriakou/Olbermann 2005; Eberding/Schlippe 2005; Razum 2005; Behrens/Calliess 2008; Lindert et al. 2008).

Die Gesundheits- und Krankheitskonzepte sind sehr vielfältig und können hier nur in Ansätzen dargestellt werden. Hinsichtlich der Entstehung von Krankheiten existieren vielfach magische und religiöse Vorstellungen. Unter Umständen werden Erkrankungen oder Schicksalsschläge als Strafe oder Sühne für vorangegangene Verfehlungen betrachtet (Rodewig 2000). In Mittelmeerländern gelten beispielsweise ein „böser Blick“ oder Geister als Krankheitsursachen (Koen 1986; Razum/Geiger 2003). Diese ganzheitliche Vorstellung von Krankheit wirkt sich entsprechend auf die Wahrnehmung und Darstellung der Symptome aus und führt in einigen Fällen z.B. zu dramatischen und schmerzbetonten Krankheitsbildern (Razum et al. 2004). Es kann auch vorkommen, dass die Symptomatik oft sehr diffus bleibt (Mielck 2008). Aus der Praxis wird zudem von einem anderen Umgang mit Krankheit, Schmerz und Leid berichtet. So neigen beispielsweise türkische Frauen zu stärkeren Gefühlsausbrüchen (Dreissig 2005). Özelsel (1990) weist darauf hin, dass Stressverarbeitungsmechanismen in Form von Verharmlosung und Bagatellisierung als Reaktion auf Krankheiten bei türkischen Männern vorherrschend sind. In der Therapie und Bewältigung von Krankheiten haben kulturspezifische, religiöse und traditionelle Heilriten oftmals einen hohen Stellenwert (Koen 1986; Keller 2004; Behrens/Calliess 2008).

Entgegen der vorangegangenen Darstellung gibt es aber auch Belege dafür, dass sich die Erklärungsmodelle für Krankheiten bei türkischen Migranten kaum von denen der Deutschen unterscheiden und eine Verzögerung oder Hinderung der Inanspruchnahme medizinischer Dienste nicht auf kulturspezifische Krankheitsvorstellungen zurückgeführt werden kann (Koen 1986). In derselben Untersuchung wird jedoch gleichermaßen eingeräumt, dass traditionell geprägte Krankheitskonzepte vor allem bei der ersten Einwanderergeneration noch vorhanden sind. Sie sind umso präsenter, je größer das eigene ethnische Umfeld ist, in dem man lebt (z.B. in einer Großfamilie). Die traditionellen Krankheitskonzepte gewinnen insbesondere an Bedeutung, wenn die westliche Medizin keine ersichtlichen Erfolge gebracht hat, z.B. bei chronischen Erkrankungen (Koen 1986).

### *Folgen kultureller Unterschiede*

Die möglichen Folgen ausgeprägter kultureller Unterschiede sind vielfältig. Weichen die jeweiligen Gesundheits- und Krankheitskonzepte entsprechend der vorangegangenen Darstellung von den gängigen Vorstellungen in einer Industriegesellschaft ab, lassen sie sich nur sehr schwer mit der naturwissenschaftlich ausgerichteten westlichen Medizin vereinbaren. Zusätzlich zu den sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten erschweren die unterschiedlichen kulturellen Konzepte die Kommunikation und Interaktion zwischen Menschen mit Migrationshintergrund und professionellen Akteure/innen (Razum et al. 2004; Eberding/Schlippe 2005). Gesundheitliche Probleme sind für die Migranten nur schwer kommunizierbar, zumal

viele Erkrankungen mit zahlreichen Tabus verbunden sind, und für die Gesundheitsdienstleister oft nur schwer versteh- oder nachvollziehbar sind (Razum/Geiger 2003; Geiger/Razum 2006; Schenk et al. 2008). Die kulturell bedingten Unterschiede in der Wahrnehmung von Krankheiten können im schlimmsten Fall Fehldiagnosen und falsche Behandlungen zur Folge haben (Razum et al. 2004; Dietzel-Papakyriakou/Olbermann 2005; Koch/Brähler 2008). Das fremde Verhalten trifft in erster Linie aber auf Unverständnis und führt zu einer Verunsicherung der Mitarbeiter (Myllymäki-Neuhoff 2006; Lindert et al. 2008). Dies kann mitunter in weiteren Missverständnissen, Misstrauen, Distanzierung, Bagatellisierung und Zurückweisung münden und eventuell vorhandene Vorurteile und stereotype Erwartungshaltungen verstärken (Rodewig 2000; Dietzel-Papakyriakou/Olbermann 2005; Dreissig 2005; Lindert et al. 2008). Hinsichtlich der ungewohnten Symptomdarstellung wird beispielsweise vom „Mittelmeersyndrom“ oder vom „Morbus Bosporus“ gesprochen (Rodewig 2000). Dass Patienten mit Migrationshintergrund grundsätzlich eine geringere Compliance als deutsche Patienten aufweisen, Vorstellungen über patriarchalische Familienstrukturen und unterdrückte Frauen haben würden, sind weitere Beispiele für Vorurteile und stereotype Bilder (Eberding/Schlippe 2005). Die problembehaftete und dadurch zeitaufwendige Betreuung der Patienten wird als zeitliche Belastung und Störfaktor im alltäglichen Ablauf empfunden (Algül/Mielck 2005; Dietzel-Papakyriakou/Olbermann 2005). Demgegenüber mehren sich auf der Seite der Migrantinnen und Migranten die Erfahrungen, nicht verstanden zu werden. Durch dieses Gefühl, nicht verstanden und nicht ernst genommen zu werden, werden auch ihrerseits eventuell existierende Vorurteile verstärkt, z.B. dass alle Deutschen ausländerfeindlich seien (Dreissig 2005). Dietzel-Papakyriakou/Olbermann (2005) weisen darauf hin, dass der Kommunikationsprozess zwischen den Akteure/innen und den ausländischen Patient/innen mitunter auch durch positive Vorurteile beeinflusst werden kann. So haben einige Gesundheitsdienstleisterinnen und -dienstleister z.B. idealisierte Vorstellungen über die Lebensbedingungen der Migrantinnen und Migranten in ihren Herkunftsländern. Demgegenüber haben Menschen mit Migrationshintergrund aufgrund ihrer negativen Erfahrungen im Heimatland und erlebter medizinischer Unterversorgung häufig überhöhte Erwartungen an das moderne westliche Versorgungssystem (Dietzel-Papakyriakou/Olbermann 2005, Eberding/Schlippe 2005). Der gestörte Kommunikations- und Interaktionsprozess führt dazu, dass die Erwartungen und Ansprüche der Migrantinnen und Migranten für die Dienstleisterinnen und Dienstleister nur schwer einschätzbar sind. Auf der Seite der Migranten führt dies zu erheblichen Diskrepanzen zwischen ihren Vorstellungen und Erwartungen und dem bestehenden Angebot. Diese Differenzen können sowohl die Inanspruchnahme als auch die Qualität der gesundheitlichen Versorgung beeinflussen (Koch/Brähler 2008, Lindert et al. 2008).

### *Familienorientierung*

Der Zusammenhalt innerhalb türkischer Familien gründet auf gegenseitiger Verpflichtung, durch die der einzelne verantwortlich für die Funktion der Gesellschaft ist (Rodewig 2000). Das Laiensystem und die Orientierung an den Normen, Werten und traditionellen Verhaltensweisen der eigenen ethnischen Bezugsgruppe sind wichtige Ressourcen (Brandenburg 1994). Vor allem im Krankheitsfall stellt die Inanspruchnahme sozialer Netzwerke eine zentrale Bewältigungsstrategie dar (Korporal 1985b, Brandenburg 1994, Algül/Mielck 2005, Dietzel-Papakyriakou/Olbermann 2005, Walter et al 2007, Lindert et al. 2008). „Die kulturell stark verankerte umfassende Hilfeverpflichtung an das inner- und außerfamiliäre soziale Netzwerk bedeutet in ihrer Konsequenz eine grundsätzliche Skepsis gegenüber institutioneller Versorgung. Bevor institutionelle Hilfe in Anspruch genommen wird, müssen zunächst die Grenzen der familiären Unterstützung erreicht sein“ (Brandenburg 1994, S. 425). Die ausgeprägte Familienorientierung und die hohe Unterstützungsbereitschaft der Familie führen folglich dazu, dass eine Inanspruchnahme institutioneller Versorgungssysteme sorgfältig abgewogen und unter Umständen abgelehnt wird. Erfahrungen aus der Praxis untermauern diesen Aspekt. So berichten niedergelassene Ärzte von der vorherrschenden Ansicht vor allem türkischer Familien, dass kranke oder behinderte Menschen wie Gesunde leben können. Das kranke Familienmitglied wird akzeptiert und durch die Familie unterstützt. Während diese Auffassung einerseits eine wichtige Ressource darstellt, kann man andererseits aber auch davon ausgehen, dass die hohe Akzeptanz therapeutischen oder rehabilitativen Bemühungen entgegensteht (Korporal 1985b).

### **2.5.3 Migrationsspezifische Barrieren**

Migration geht mit zahlreichen sozialen und gesundheitlichen Herausforderungen und Risiken einher (Behrens/Calliess 2008, S. 163). Die Beweggründe für den Entschluss, sein Herkunftsland zu verlassen, und die jeweiligen Migrationsverläufe sind unterschiedlich. Diese individuellen migrationsspezifischen Erfahrungen können die Nutzung von Gesundheitsdiensten beeinflussen (Razum et al. 2004). Dabei sind es oft die mit der Migration verbundenen Erlebnisse, wie z.B. Verlusterfahrungen, soziale Isolation, erlebte Gewalt, Kriegs- oder Foltertraumata, die gesundheitliche Auswirkungen haben und eine medizinische oder therapeutische Behandlung erfordern. Gleichzeitig sind das aber auch Themen, die zum Beispiel aufgrund religiöser Überzeugungen tabuisiert werden und dementsprechend schwer zu kommunizieren sind (Razum et al. 2004).

### *Angst vor Arbeitsplatzverlust und aufenthaltsrechtlichen Folgen*

Als zentrale Zugangsbarriere zur Versorgung wird insbesondere die Angst vor einem drohenden Arbeitsplatzverlust hervorgehoben, die die Inanspruchnahme von Leistungen möglicherweise verzögert oder verhindert (Korporal 1985b, Razum et al. 2004). Bedenkt man, dass ein Großteil der Migrantinnen und Migranten über eine geringe schulische und berufliche Qualifikation verfügt und demzufolge in den meisten Fällen als ungelernete bzw. angelernte Arbeiter/innen tätig ist, ist diese Sorge um den Arbeitsplatz und damit um die finanzielle Sicherheit und Existenz der Familie durchaus nachvollziehbar. Des Weiteren wird in der Literatur die Angst und Unsicherheit der Patientinnen und Patienten vor aufenthaltsrechtlichen Konsequenzen als Zugangsbarriere zur Versorgung thematisiert (Brandenburg 1994, Razum et al. 2004, Lindert et al. 2008). Obwohl Bedenken hinsichtlich des aufenthaltsrechtlichen Status in erster Linie für Asylsuchende eine Rolle spielen (Razum et al. 2004), weist Brandenburg (1994) darauf hin, dass selbst berechnete Ansprüche aus Angst nicht eingelöst werden.

### *Fremd sein: Diskriminierung*

Nicht in seinem Herkunftsland, der eigenen Heimat, leben zu können, bedeutet, fremd zu sein. Fremdheit kann dabei zu einem Problem werden. Einwandererinnen und Einwanderer sind verschärft Rassismus und Fremdenfeindlichkeit in der deutschen Aufnahmebevölkerung ausgesetzt und viele Migrantinnen und Migranten machen in ihrem Alltag Erfahrungen mit Diskriminierung und Ausländerfeindlichkeit (Dreissig 2005, Lindert et al. 2008). Auch bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Gesundheitswesens existieren unterschiedliche Einstellungen zu „Ausländern“. Sie reichen von positiver Diskriminierung (Migrantinnen und Migranten als Opfer) über eine neutrale Haltung bis hin zu offener Ablehnung oder Ausländerfeindlichkeit (Eberding/Schlippe 2005). Eine Generalisierung schlechter Erfahrungen und die Angst vor möglicher Diskriminierung, aber auch eine real existierende Ablehnung und Feindlichkeit, können als Zugangsbarrieren zum System wirksam werden.

### *Finanzielle Barrieren*

Die Autorinnen und Autoren, die sich im Rahmen ihrer Forschungsarbeit (oder zumindest in Teilbereichen) gezielt mit Zugangsbarrieren zu Rehabilitationsmaßnahmen auseinandersetzen, verweisen in erster Linie auf einen sozialrechtlichen Aspekt, der als entscheidendes Zugangsproblem zur rehabilitativen Versorgung von Migrantinnen und Migranten betrachtet wird (Korporal 1985a, 1985b, Dietzel-Papakyriakou/Olbermann 2005). Es existiert eine rechtliche Regelung, nach der eine Rückerstattung der Arbeitnehmeranteile der Beiträge zur Rentenversicherung bei einer Rückkehr ins Heimatland, ausnahmsweise möglich ist, sofern

das Anwerberland nicht Mitglied der Europäischen Union ist (Deutsche Rentenversicherung Nordbayern 2008) und entsprechende Sozialversicherungsabkommen eine solche Beitragserstattung ausschließen.

Werden aber Leistungen der Rehabilitation im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung beansprucht, werden die Beiträge, die vor der Rehabilitationsmaßnahme entrichtet wurden, nicht zurückerstattet (ebd., Korporal 1985a, 1985b, Dietzel-Papakyriakou/Olbermann 2005). Vor dem Hintergrund dieser rentenrechtlich unabdingbaren Rückerstattungsbeschränkung (vgl. § 210 Abs. 5 SGB VI) wird die rehabilitative Maßnahme indirekt und aus der Perspektive der Versicherten zu einer quasi privat finanzierten Leistung und stellt insofern sicherlich eine Barriere dar, wenn der Versicherte bei einer geplanten Rückkehr ins Heimatland anstelle der späteren Rente sich für eine Beitragserstattung entscheiden wollte. Vor allem Arbeitsmigrantinnen und Arbeitsmigranten türkischer Nationalität sind von dieser Rechtslage betroffen. Im Jahr 1992 ließen sich 7.600 ausländische Versicherte ihre Beiträge aus der gesetzlichen Rentenversicherung auszahlen, wobei ca. 66% vom Gesamtbetrag der Erstattungen in die Türkei gingen (Dietzel-Papakyriakou/Olbermann 2005, S. 305). Mit Blick auf diese Zahlen ist grundsätzlich davon auszugehen, dass diese Regelung einen hohen Bekanntheitsgrad innerhalb der türkischen Bevölkerungsgruppe hat. Da zunehmend viele Türkinnen und Türken im Alter in Deutschland bleiben, ist die Zahl der Beitragserstattungen in den letzten Jahren allerdings gesunken (vgl. Tel-Interview EXPERT-DRV1). Zudem entfällt auch für türkische Versicherte der Anspruch auf Beitragserstattung gegenüber der deutschen Rentenversicherung, wenn sie nach Ihrer Rückkehr in die Türkei der dortigen Sozialversicherungspflicht unterliegen. Türkinnen, deren Rentenansprüche in erheblichem Umfang durch Kindererziehungszeiten bestimmt werden, können keine Erstattung der hierfür geleisteten Beiträge erhalten. Sie werden sich daher bei einer Rückkehr in die Türkei regelmäßig für eine Rente und gegen die insoweit unwirtschaftliche Beitragserstattung entscheiden.

## **2.6 Zwischenfazit**

Rehabilitation ist im Kontext von Migration bisher nur wenig erforscht. Verfügbare Daten der Sozialversicherungsträger erlauben nur ein sehr undifferenziertes Bild über berufsbedingte Gesundheitsrisiken sowie über die Inanspruchnahme und den Erfolg von Rehabilitation bei Migranten. Die in diesem Kapitel aufgezeigte Diskrepanz zwischen dem formalrechtlich problemlosen Zugang von Migrantinnen und Migranten zum Versorgungssystem und zur Rehabilitation einerseits und einer scheinbar geringeren Inanspruchnahme der Leistungen und höherer Frühberentung andererseits unterstreicht die Notwendigkeit, sich mit dem Thema detaillierter auseinanderzusetzen.

Im Folgenden wird es daher zunächst darum gehen, auf Grundlage von Routinedaten wie auch auf Grundlage von Daten des SOEP, differenziertere Aussagen über Unterschiede im Arbeitsunfall- und Berufskrankheitenrisiko, in der Inanspruchnahme und dem Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen sowie in langfristiger Erwerbsminderung zu ermöglichen. Da empirische Studien, die sich mit Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren im Kontext von Rehabilitation und Migration beschäftigen, nur vereinzelt verfügbar sind, ist eine differenzierte und fundierte Auseinandersetzung mit möglichen Gründen, die diese Unterschiede erklären, nicht möglich. In einem zweiten Schritt werden daher mittels qualitativer Methoden systemische und individuelle Barrieren beleuchtet.



## 3 Ergebnisse der quantitativen Untersuchung

### 3.1 Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten

Meldepflichtige Arbeitsunfälle (AU) und Berufskrankheiten (BK) können Indikatoren für gesundheitliche Belastungen im Erwerbsleben sein.

Um die Häufigkeit des BK- und AU-Aufkommens zwischen Menschen aus der Türkei, dem ehemaligen Jugoslawien sowie Portugal/Spanien/Italien/Griechenland und Deutschen zu vergleichen, wurden Daten des Referats „Statistik - Arbeitsunfälle, Prävention“ sowie des Referats „BK-Statistik“ der DGUV ausgewertet. Sie wurden vom Datenhalter stratifiziert nach Alter, Geschlecht und den oben genannten Staatsangehörigkeitsgruppen zur Verfügung gestellt und ermöglichen Aussagen darüber, inwieweit es Unterschiede und Besonderheiten in der Häufigkeit des BK- und AU-Aufkommens zwischen Menschen ausländischer Staatsangehörigkeit im Vergleich zu Deutschen gibt. Da die Anzahl der DGUV-Versicherten nicht in der notwendigen Stratifizierung vorlag, wurden zur Berechnung von AU- und BK-Quoten Daten der Bundesagentur für Arbeit zu sozialversicherungspflichtig Beschäftigten der gewerblichen Wirtschaft herangezogen. AU- und BK-Quoten bezeichnen somit das Verhältnis von Arbeitsunfällen bzw. Berufskrankheiten in der gewerblichen Wirtschaft eines Jahres zu der Gesamtzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der gewerblichen Wirtschaft dieses Jahres. Die Limitationen dieses methodischen Vorgehens werden in Kapitel 3.4 erläutert.

Ausländerinnen und Ausländer arbeiten zu größeren Anteilen in Fertigungsberufen mit einem erhöhten BK-/AU-Risiko (Razum et al. 2008). Es kann daher vermutet werden, dass sich dieses entsprechend im tatsächlichen Aufkommen von BK- und AU-Fällen niederschlägt. Unterschiede im mittleren Alter, in dem bei den einzelnen Staatangehörigkeitsgruppen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten auftreten, sind Indikatoren für Besonderheiten in der demographischen Zusammensetzung der jeweiligen Bevölkerung wie auch für unterschiedliche Arbeitsbedingungen. In der Länge des Feststellungsverfahrens bei Berufskrankheiten sowie im Ergebnis dieser Feststellung können sich darüber hinaus mögliche Zugangsbarrieren zu Leistungen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung widerspiegeln.

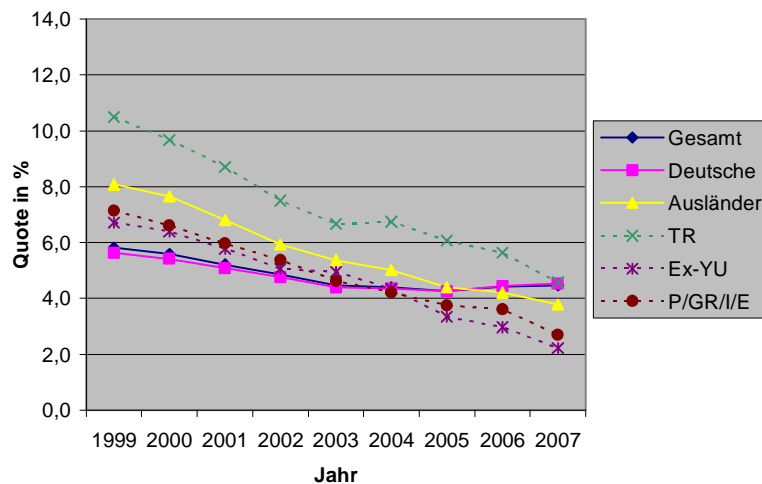
#### 3.1.1 Arbeitsunfälle

Die Tabellen im Anhang<sup>3</sup> B.A1 zeigen meldepflichtige Arbeitsunfälle in der gewerblichen Wirtschaft nach Wirtschaftszweigen, Alter, Geschlecht und einzelnen Staatsangehörigkeiten.

---

<sup>3</sup> Der Tabellenanhang liegt als separates Dokument diesem Bericht bei.

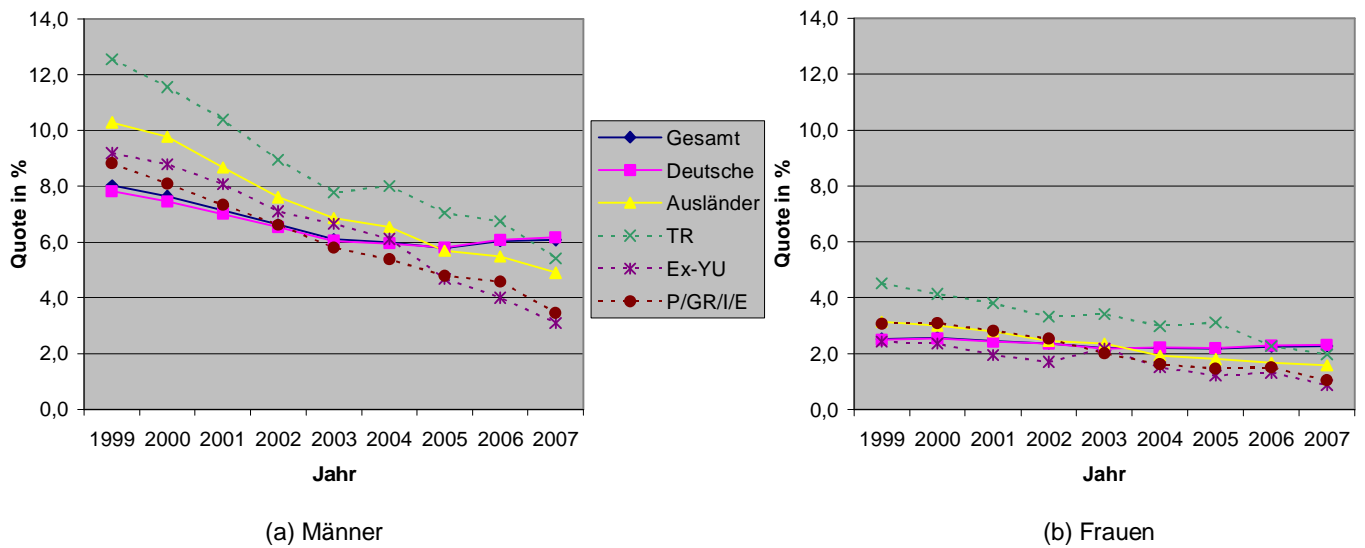
Insgesamt hat sich die absolute Häufigkeit von Arbeitsunfällen zwischen 1999 und 2007 von 1.184.034 auf 851.607 reduziert. Dem gleichen Trend folgte auch die Anzahl von Arbeitsunfällen pro 100 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in der gewerblichen Wirtschaft, die im gleichen Zeitraum von 5,8% auf 4,5% sank (siehe Abb. 2 sowie Tabellen im Anhang B.A2).



Ü Abb. 2: Quote aus der Anzahl meldepflichtiger Arbeitsunfälle und der Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter nach Staatsangehörigkeit und Jahr. (Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Daten des Referats „Statistik - Arbeitsunfälle, Prävention“ der DGUV und der Beschäftigungsstatistik der BA)

Aus Abb. 2 wird deutlich, dass die Anzahl meldepflichtiger Arbeitsunfälle pro 100 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte auch in den einzelnen Staatsangehörigkeitsgruppen im Achtjahreszeitraum zurückging, wenngleich von unterschiedlichen Niveaus ausgehend. Der Unterschied zwischen Deutschen und den anderen Staatsangehörigkeitsgruppen gleicht sich über die Zeit an, wobei die entsprechenden Quoten bei Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien sowie Spanien/Portugal/Italien/Griechenland ab 2005, bei der Gruppe der Ausländerinnen und Ausländer insgesamt ab 2006 unter denen deutscher Personen liegt. Personen aus der Türkei weisen im Vergleich der Bevölkerungsgruppen die höchste Anzahl von AU-Fällen pro 100 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte auf. Auch sie sinkt im Betrachtungszeitraum kontinuierlich, liegt bis zum Jahr 2006 aber über der von Deutschen. In Bezug auf frühere Zeiträume sind diese Ergebnisse konsistent mit verfügbaren Untersuchungen, machen darüber hinaus allerdings auch deutlich, dass sich die Risiken, Arbeitsunfälle zu erleiden, im Laufe der Jahre zwischen den Staatsangehörigkeiten angleichen (siehe Kapitel 2.1). Es bleibt abzuwarten, ob sich diese Entwicklung zukünftig fortsetzt. Beim Vergleich zu früheren Untersuchungen ist zu beachten, dass bei der vorliegenden Auswertung zum einen nur Arbeitsunfälle in der gewerblichen Wirtschaft berücksichtigt wurden und Wegeunfälle zum anderen nicht in die Betrachtung eingingen.

Stratifiziert nach Geschlecht ergeben sich ähnliche Trends auf einem teils niedrigeren Niveau (Abb. 3 a/b).



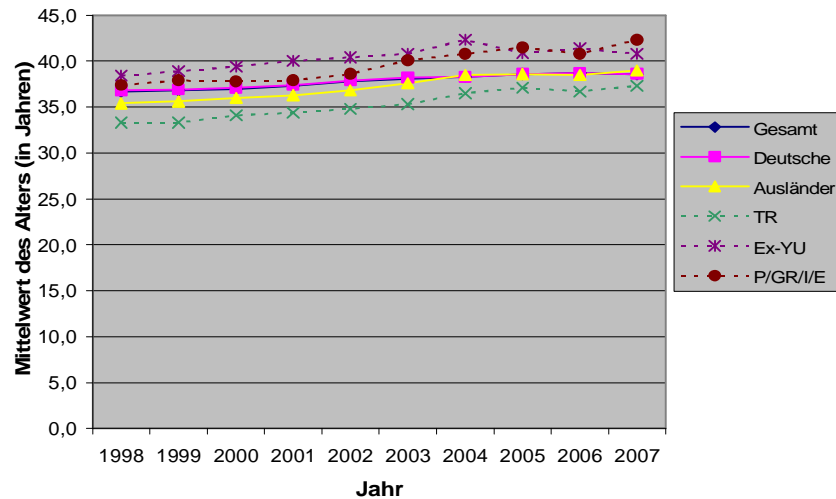
Ü Abb. 3 a/b: Quote aus der Anzahl meldepflichtiger Arbeitsunfälle und der Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter nach Staatsangehörigkeit und Jahr, getrennt für Männer (a) und Frauen (b). (Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Daten des Referats „Statistik - Arbeitsunfälle, Prävention“ der DGUV und der Beschäftigungsstatistik der BA)

Je nach Wirtschaftszweig sind die Kurvenverläufe unterschiedlich (siehe die Abb. A 1 bis Abb. A 3 im Anhang für die Handels-/Verwaltungs-, Bau, und Metallbranche), was ebenso wie die unterschiedlichen AU-Quoten auf die zugrundeliegende Berufsverteilung der einzelnen Bevölkerungsgruppen zurückgeht. Die Untersuchung erlaubt daher in erster Linie eine Aussage über die Beschäftigungsstruktur der unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen, da Personen ausländischer Staatsangehörigkeit häufiger in Bereichen mit einem erhöhten Unfallrisiko arbeiten, zum Beispiel in der Baubranche und in der verarbeitenden Industrie (Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen 2002; Bundesagentur für Arbeit 2008; Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2001). Neben dem höheren berufsbedingten Unfallrisiko spielen womöglich auch Informationsdefizite bei der Einhaltung von Sicherheitsmaßnahmen – verursacht durch Probleme mit der deutschen Sprache und/oder unzureichende Einweisungen – eine Rolle (Ansary 1980; Görtz 1986; Henter et al. 2002).

### *Durchschnittsalter*

Das durchschnittliche Alter von Personen, die einen Arbeitsunfall erlitten haben, ist im Zeitraum 1998 bis 2007 bei allen Staatsangehörigkeiten im Mittel um 3 Jahre angestiegen. Das Durchschnittsalter von AU-Fällen deutscher und ausländischer Herkunft gleicht sich über die Jahre ausgehend von einer Mittelwertsdifferenz von 1,4 Jahren bis 2004 an. Türkische Personen sind hingegen im Mittel um ca. 2,5 Jahre jünger als Deutsche, wenn bei ihnen ein Arbeitsunfall auftritt. Auch dieser Unterschied wird über die Zeit geringer, liegt aber ausgehend von einem Niveau von 3,5 Jahren im Jahr 1998, im Jahr 2007 noch bei 1,3 Jahren.

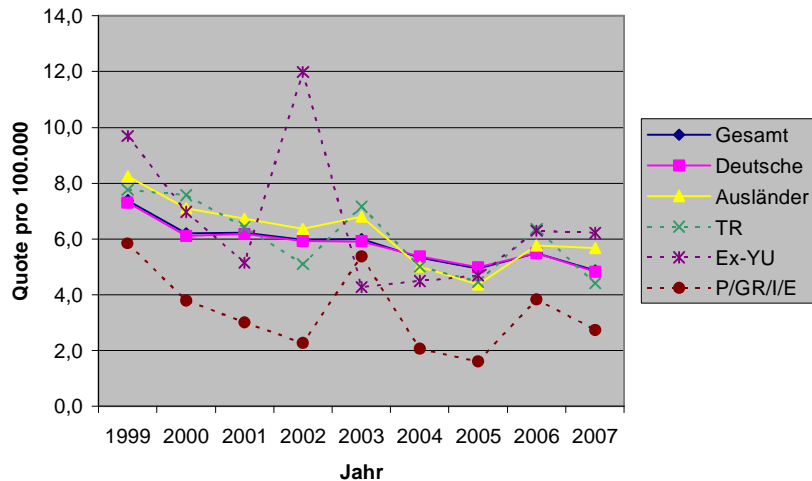
Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien und Spanien/Portugal/Italien/Griechenland sind (letztere vor allem ab 2003) im Durchschnitt etwas älter als Deutsche, wenn Arbeitsunfälle bei ihnen auftreten (Abb. 4). Gründe für diese Unterschiede liegen im unterschiedlichen Altersaufbau der jeweiligen Bevölkerungen.



Ü Abb. 4: Durchschnittliches Alter von Personen, die einen Arbeitsunfall erlitten haben, stratifiziert nach Staatsangehörigkeit. (Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Daten des Referats „Statistik - Arbeitsunfälle, Prävention“ der DGUV)

### Tödliche Arbeitsunfälle

Abb. 5 stellt die Anzahl tödlicher meldepflichtiger Arbeitsunfälle pro 100.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Staatsangehörigkeit und Jahr dar. Ausländerinnen und Ausländern sind mit Ausnahme der Jahre 2004 und 2005 geringfügig stärker von tödlichen Arbeitsunfällen betroffen als Deutsche, allerdings werden generell sehr starke Schwankungen deutlich. Sie sind zufallsbedingt auf Grund kleiner Fallzahlen, die im Durchschnitt bei 10 bzw. 7 Fällen pro Jahr liegen. Zu vergleichbaren Ergebnissen kommen Razum et al (2008).

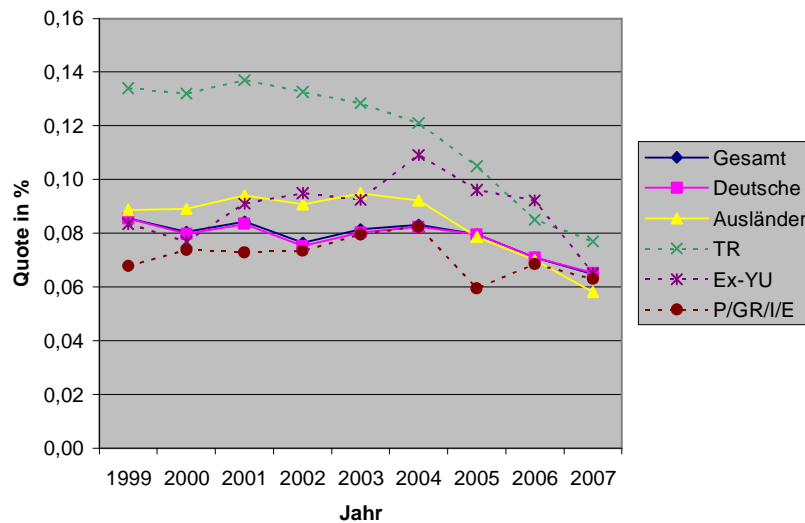


Ü Abb. 5: Quote aus der Anzahl tödlicher meldepflichtiger Arbeitsunfälle und der Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter nach Staatsangehörigkeit und Jahr. (Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Daten des Referats „Statistik - Arbeitsunfälle, Prävention“ der DGUV und der Beschäftigungsstatistik der BA)

### 3.1.2 Berufskrankheiten

Die Tabellen im Anhang B.B1 zeigen anerkannte Berufskrankheiten in der gewerblichen Wirtschaft nach Wirtschaftszweigen, Alter, Geschlecht und einzelnen Staatsangehörigkeiten.

Insgesamt hat sich die Anzahl anerkannter Berufskrankheiten im gewerblichen Bereich zwischen 1999 und 2007 von 17.428 auf 12.312 reduziert. Dem gleichen Trend folgte auch die Anzahl anerkannter Berufskrankheiten pro 100 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte, der von 0,09 auf 0,06% sank (siehe Abb. 6 und die Tabellen im Anhang B.B2). Dieses deutet womöglich auf eine Veränderung der Beschäftigungsstrukturen und verbesserte Maßnahmen des Arbeitsschutzes hin. Frauen weisen niedrigere BK-Quoten als Männer auf (Abb. A 4 im Anhang).



Ü Abb. 6: Quote aus der Anzahl anerkannter Berufskrankheiten und der Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter nach Staatsangehörigkeit und Jahr. (Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Daten des Referats „BK-Statistik“ der DGUV und der Beschäftigungsstatistik der BA)

Während sich ein ähnliches Bild bei der Gesamtheit der Ausländerinnen und Ausländer wie auch bei Personen mit einer Staatsangehörigkeit aus dem ehemaligen Jugoslawien und Portugal/Spanien/Italien/Griechenland und Deutschen zeigt, ist die Anzahl von Berufskrankheiten pro 100 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte bei türkischen Menschen fast doppelt so hoch. Dieser Unterschied gleicht sich ab 2003 an. Doch auch noch im Jahr 2007 zeigt sich, dass Personen türkischer Staatsangehörigkeit höhere BK-Quoten als Deutsche haben. Der Unterschied wird umso deutlicher, wenn man das jüngere Alter der türkischen Bevölkerung berücksichtigt (siehe Abb. A 5 im Anhang).

Je nach Wirtschaftszweig sind die Kurvenverläufe unterschiedlich (siehe die Abb. A 6 bis Abb. A 8 im Anhang für die Handels-/Verwaltungs-, Bau, und Metallbranche), was ebenso wie die unterschiedlichen Quoten bei Arbeitsunfällen wahrscheinlich auf die zugrundeliegende Berufsverteilung der einzelnen Bevölkerungsgruppen zurückgeht. Tab. 3 zeigt stratifiziert nach den fünf häufigsten anerkannten Berufskrankheiten das Verhältnisse der Quoten aus der Anzahl anerkannter Berufskrankheiten und der Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter im Vergleich einzelner Staatsangehörigkeiten. Die Quotenverhältnisse sind in Form von Odds Ratios angegeben. Personen deutscher Staatsangehörigkeit sind die Referenzgruppe. Ein Wert größer 1 bedeutet, dass die jeweilige Staatsangehörigkeitsgruppe häufiger von der jeweiligen Berufskrankheit betroffen ist als Deutsche. Auf Grund kleiner Fallzahlen bei den einzelnen Indikationen erfolgt die Betrachtung zusammengefasst für den Zeitraum 1999-2007.

	Berufskrankheit						
	Lärmbed. Schwerhörigkeit	Silikose	Asbestose	Lungen-/ Kehlkopfkrebs (asbestbed.)	Mesotheliom (asbestbed.)	Hautkrankheiten	Alle Berufskrankheiten
<b>Deutsche</b>	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Ausländer</b>	1,63*	1,28*	0,48*	0,58*	0,54*	0,91*	1,08*
<b>TR</b>	2,23*	3,25*	0,50*	0,33*	0,26*	0,97	1,50*
<b>Ex-YU</b>	2,18*	0,42*	0,48*	0,27*	0,39*	0,83	1,13*
<b>E//GR/P</b>	1,15*	0,55*	0,30*	0,29*	0,23*	0,72*	0,70*

\* p<0,05

Ü Tab. 3: Chance des Erwerbs ausgewählter anerkannter Berufskrankheiten bei sozialversicherungspflichtig Beschäftigten nach Staatsangehörigkeit, 1999-2007, Odds Ratios. (Eigene Berechnung auf Basis von Daten des Referats „BK-Statistik“ der DGUV und der Beschäftigungsstatistik der BA)

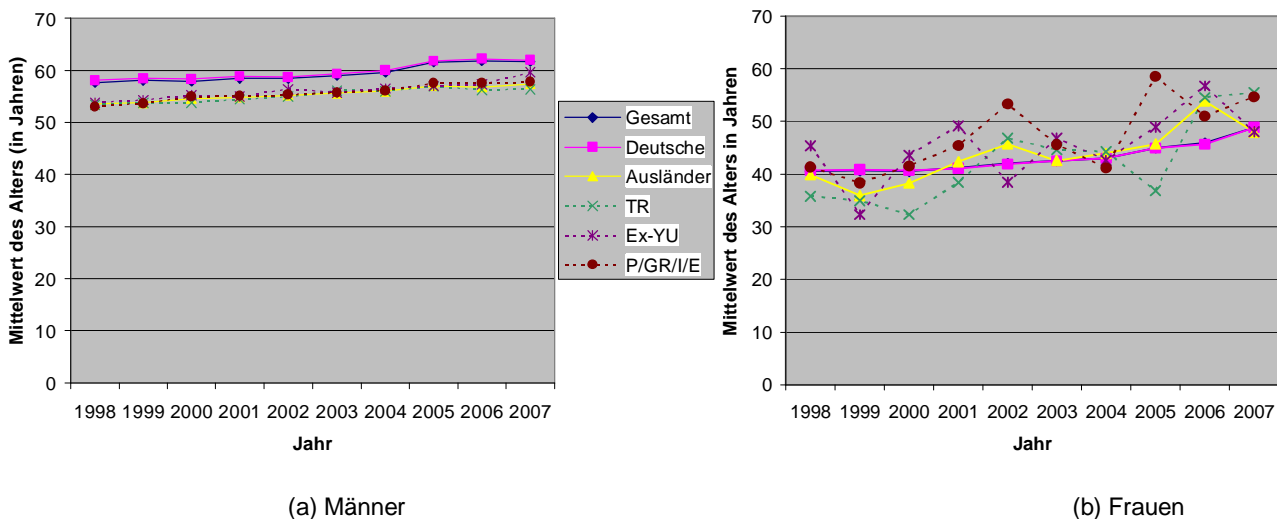
Die Auswertung zeigt eine bei allen Personen ausländischer Staatsangehörigkeit erhöhte Chance für eine lärmbedingte Schwerhörigkeit. Bei Personen mit einer Staatsbürgerschaft aus der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien ist diese Chance im Vergleich zu Deutschen mehr als doppelt so hoch (OR=2,2). Auch von der Silikose sind türkische Versicherte besonders betroffen. Anders als Menschen mit einer Staatsbürgerschaft aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Ländergruppe Portugal/Spanien/Griechenland/Italien, deren Chance, eine berufsbedingte Silikose zu erleiden, nur halb so groß wie bei Deutschen ist, tritt diese Erkrankungen bei türkischen Personen mehr als dreimal so häufig wie bei Deutschen auf. Im Vergleich dazu ist die Chance asbestbedingter Berufskrankheiten bei allen ausländischen Personen hingegen deutlich geringer als bei Personen deutscher Staatsangehörigkeit.

Mit Ausnahme von Personen mit einer Staatsbürgerschaft aus Spanien/Portugal/Italien/Griechenland ergibt sich bei Ausländerinnen und Ausländern über alle Indikationen hinweg betrachtet eine insgesamt höhere Chance für eine Berufskrankheit als bei Deutschen. Dieses ist insbesondere bei türkischen Personen der Fall, die hohen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt zu sein scheinen. Das könnte zumindest teilweise die längeren Arbeitsunfähigkeitszeiten im Vorfeld der Rehabilitation erklären (siehe Kapitel 3.2).

Diese Ergebnisse sind konsistent mit Untersuchungen früherer Zeiträume (Erdogan 2002; Razum et al. 2008), ermöglichen durch die Stratifikation nach einzelnen Berufskrankheiten und Ländern darüber hinaus jedoch eine differenziertere Betrachtung. Aus dieser geht hervor, dass das Risiko berufsbedingter Erkrankungen bei Ausländerinnen und Ausländern nicht per se erhöht ist, sondern sich je nach Art der Erkrankung zwischen den Staatsangehörigkeiten unterscheidet. In den Häufigkeiten einzelner BK-Diagnosen spiegeln sich die beruflichen Tätigkeitsfelder von Menschen wider (Razum et al. 2008). So ist etwa die geringere Chance asbestbedingter Berufskrankheiten womöglich darauf zurückzuführen, dass Migrantinnen und Migranten in Berufen mit einer geringeren Asbestexposition arbeiten. Möglicherweise war ihre Expositionsdauer in diesen Berufen auch geringer als bei Deutschen.

## Durchschnittliches BK-Anerkennungsalter

Das mittlere Alter von Menschen mit einer anerkannten Berufskrankheit ist im Zeitverlauf leicht ansteigend, wobei es bei den ausländischen Männern ca. 5 Jahre unter dem der Deutschen liegt (Abb. 7 a/b). Wie das durchschnittliche Alter, in dem Personen einen Arbeitsunfall erleiden, spiegelt es Unterschiede in der demographischen Zusammensetzung der jeweiligen Bevölkerungen wider.

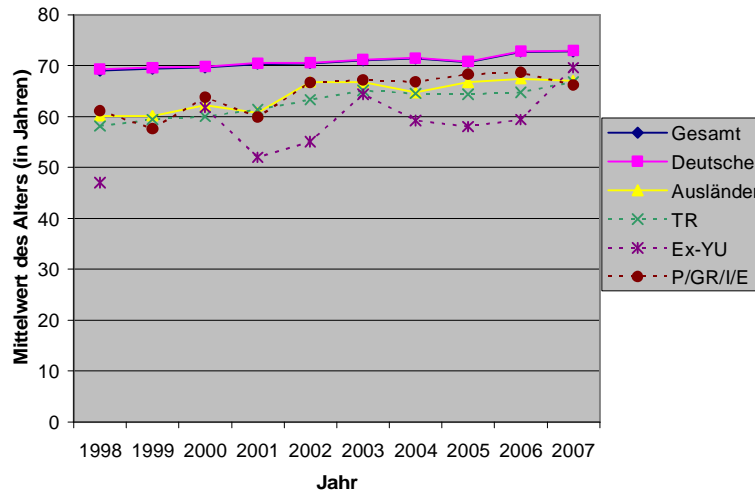


Ü Abb. 7 a/b: Durchschnittliches Alter von Personen mit anerkannter Berufskrankheit, stratifiziert nach Staatsangehörigkeit und Jahr für Männer (a) und Frauen (b). (Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Daten des Referats „BK-Statistik“ der DGUV und der Beschäftigungsstatistik der BA)

Frauen sind in einem jüngeren Alter, wenn bei ihnen Berufskrankheiten anerkannt werden. Die Schwankungen im Kurvenverlauf, die sich hier zeigen, sind zufallsbedingt und gehen auf geringe Fallzahlen zurück (siehe Tabelle B.B1 im Anhang).

Betrachtet man für die Männer tödlich verlaufende Berufskrankheiten als Teilmenge aller anerkannten Berufskrankheiten zeigen die Unterschiede zwischen den Staatsangehörigkeiten das gleiche Muster (Abb. 8). Kleine Fallzahlen bedingen Zufallsschwankungen im Kurvenverlauf.





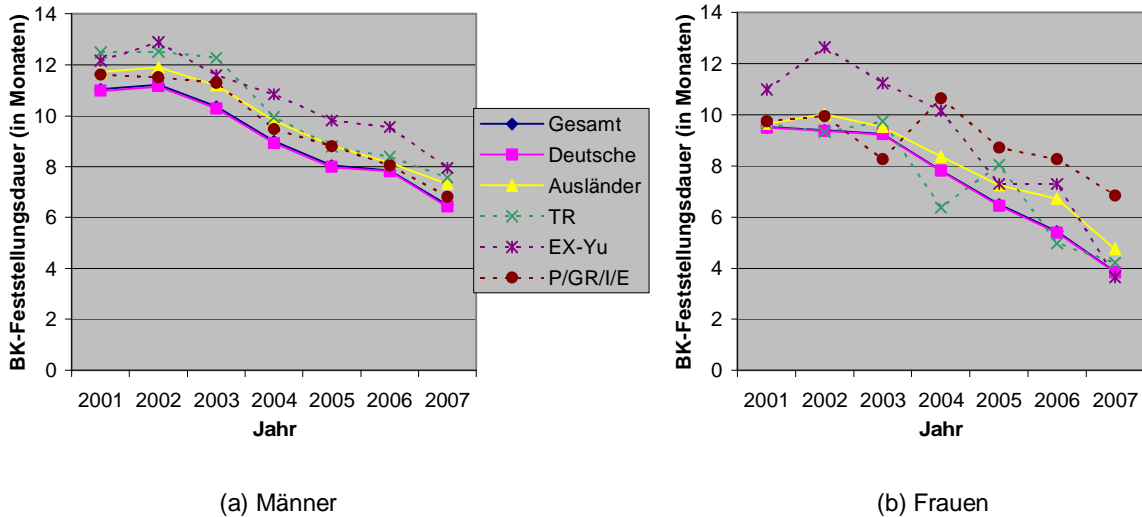
Ü Abb. 8: Durchschnittliches Alter von Personen mit einer tödlich verlaufenden anerkannten Berufskrankheit, stratifiziert nach Staatsangehörigkeit und Jahr, Männer. (Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Daten des Referats „BK-Statistik“ der DGUV)

### *Durchschnittliche Dauer des BK-Feststellungsverfahrens*

Abb. 9a illustriert die Dauer des BK-Feststellungsverfahrens bei einer Berufskrankheit bei Männern. Hierbei ist ein deutlicher Trend nach unten festzustellen, das heißt, im Verlauf der Jahre nimmt die Dauer des BK-Feststellungsverfahrens bei allen Staatsangehörigkeitsgruppen kontinuierlich ab. Dieser Trend ist seit längerer Zeit erkennbar, da sich das gleiche Bild abzeichnet, wenn man Daten früherer Jahrgänge heranzieht (siehe zum Beispiel Erdogan 2002). Trotz des allgemeinen Rückganges wird deutlich, dass ausländische Personen in allen Jahren eine etwas längere Dauer bei den Feststellungsverfahren aufweisen.

Der Trend zeigt sich im Wesentlichen auch bei Frauen. Wie beim durchschnittlichen Erkrankungsalter sind die Schwankungen zufallsbedingt auf Grund kleiner Fallzahlen.

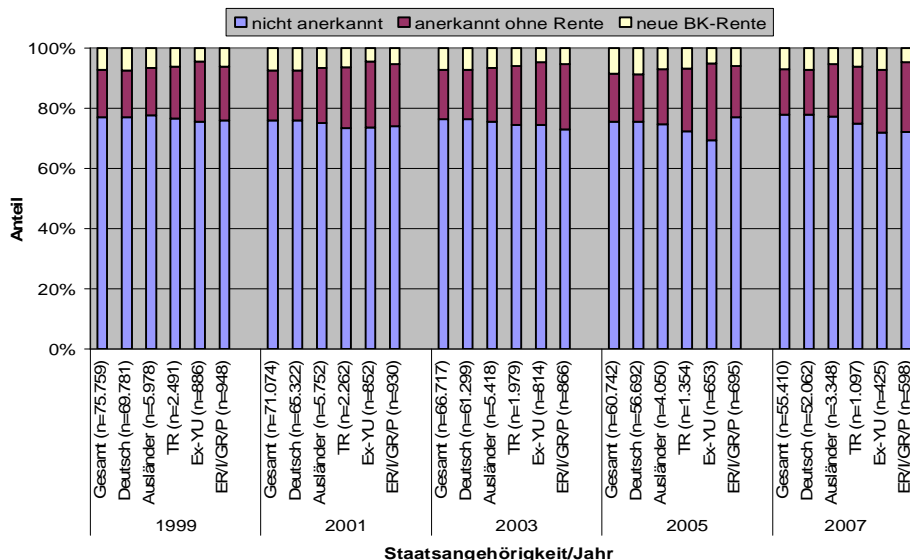
Erdogan (2002) führt die längere Dauer des BK-Feststellungsverfahrens bei Ausländerinnen und Ausländern auf deren Probleme mit der deutschen Sprache sowie auf Informationsdefizite zurück.



Ü Abb. 9 a/b: Durchschnittliche Dauer des BK-Feststellungsverfahrens, stratifiziert nach Staatsangehörigkeit und Jahr, Männer (a) und Frauen (b). (Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Daten des Referats „BK-Statistik“ der DGUV)

### Ergebnis des BK-Feststellungsverfahrens

Abb. 10 zeigt das Ergebnis des BK-Feststellungsverfahrens in der gewerblichen Wirtschaft für ausgewählte Jahre und Staatsangehörigkeiten für die Gesamtheit der Berufskrankheiten. Abgetragen ist der Anteil derjenigen, bei denen eine BK nicht anerkannt bzw. anerkannt wurde (mit und ohne Berentung).

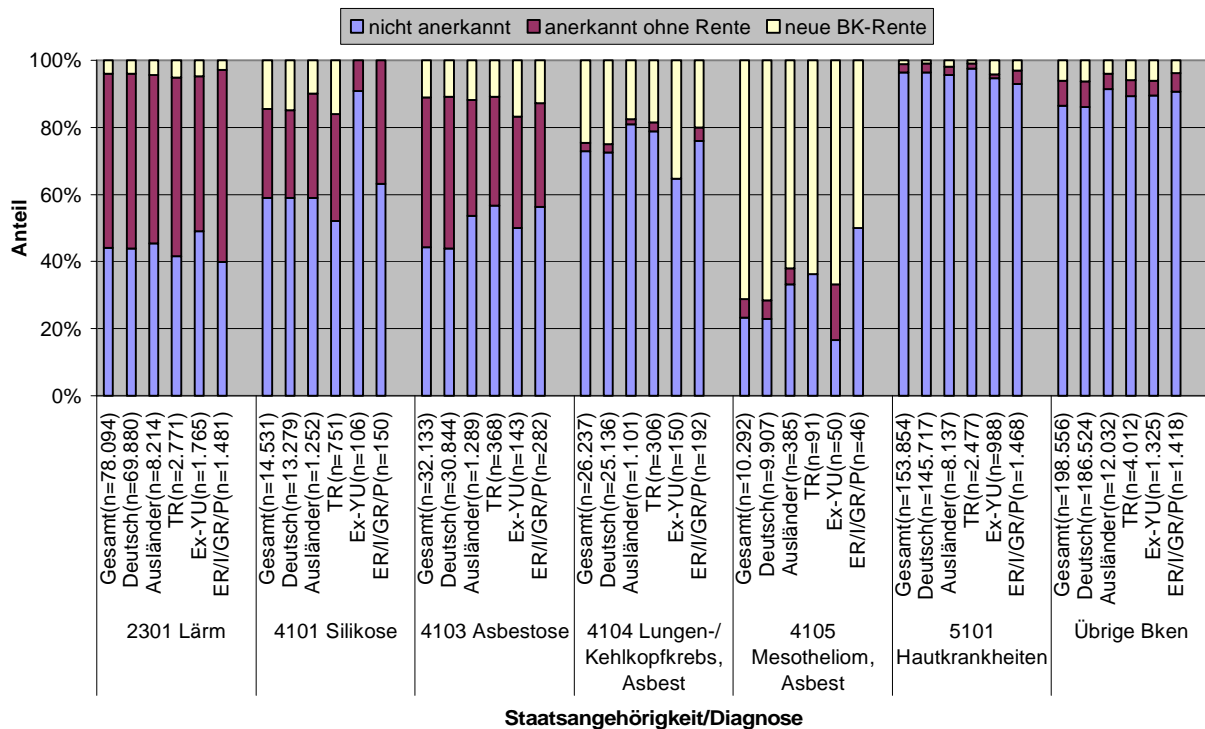


Ü Abb. 10: Ergebnis des BK-Feststellungsverfahrens stratifiziert nach Staatsangehörigkeit und ausgewählten Jahren. (Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Daten des Referats „BK-Statistik“ der DGUV)

In Übereinstimmung mit früheren Untersuchungen (Erdogan 2002) sieht man, dass sich das Verhältnis von nicht anerkannten sowie mit und ohne Rente anerkannten Berufskrankheiten zwischen den Gruppen nur wenig unterscheidet, aber auch, dass die Anteile der anerkan-

ten Berufskrankheiten an allen gemeldeten Berufskrankheiten bei Personen mit einer Staatsangehörigkeit aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei in jedem Jahr etwas höher als bei Deutschen liegen.

Das Verhältnis anerkannter und nicht anerkannter Berufskrankheiten zwischen den einzelnen Staatsangehörigkeiten unterscheidet sich je nach der betrachteten Berufskrankheit. Abb. 11 zeigt das Ergebnis des BK-Feststellungsverfahrens bei den sechs häufigsten Berufskrankheiten. Während es bei der Lärmschwerhörigkeit keine Unterschiede zwischen den Staatsangehörigkeitsgruppen gibt, ist der Anteil von BK-Renten in den Diagnosegruppen „Silikose“ und „Mesotheliom“ bei Personen mit einer Staatsangehörigkeit aus Portugal/Spainien/Italien/Griechenland, dem ehemaligen Jugoslawien sowie der Türkei teilweise geringer. Dieses könnte durch Altersunterschiede in der Arbeitsbevölkerung der einzelnen Nationalitäten erklärt werden. So sind womöglich ältere kranke ausländische Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer vor längerer Zeit ins Herkunftsland zurückgekehrt. Deutsche haben darüber hinaus möglicherweise längere Zeit unter einem schlechteren Arbeitsschutz gearbeitet.



Ü Abb. 11: Ergebnis des BK-Feststellungsverfahrens bei den sechs häufigsten Berufskrankheiten nach Staatsangehörigkeit, 1999-2007. (Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Daten des Referats „BK-Statistik“ der DGUV)

## **3.2 Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen**

### **3.2.1 Modellierung der Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation allgemein (SOEP)**

Im Folgenden werden die Ergebnisse der quantitativen Analyse der Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen auf Basis einer bundesdeutschen Panelbefragung präsentiert. Das Ziel der Analyse war es zu untersuchen, ob es einen Zusammenhang zwischen dem Migrationshintergrund und der Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme gibt.

Die Untersuchung von Unterschieden in der Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund erfolgte auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP). Das SOEP ist eine seit 1984 durchgeführte Wiederholungsbefragung von Privathaushalten in Deutschland (Wagner et al. 2007). Die Standardfragen beziehen sich auf die Bereiche „Demographie und Bevölkerung“, „Arbeitsmarkt und Erwerbstätigkeit“, „Einkommen“, „Steuern“, „Soziale Sicherung“, „Wohnen“, „(Weiter-)Bildung und Qualifikation“, „Gesundheit“, „Partizipation“, „Grundorientierung und Integration“. Das SOEP besteht mittlerweile aus 8 Teilstichproben (A-H), von denen die ersten beiden (A+B) 1984 gezogen wurden. Dabei wurde neben dem Sample A, das sich aus der deutschen Wohnbevölkerung rekrutierte, zeitgleich Sample B etabliert, in dem rund 1.400 Haushalte von Arbeitsmigrantinnen und -migranten aus den fünf Hauptrekrutierungsländern (Türkei, Griechenland, Jugoslawien, Spanien und Italien) befragt wurden. In den Jahren 1994/1995 wurde zusätzlich mit dem Sample D wieder eine überproportionale Migrantenstichprobe gezogen, die diesmal besonders auf Aussiedlerinnen und Aussiedler fokussiert war.

Damit steht mit dem SOEP eine Datenbasis zur Verfügung, die, hauptsächlich rekrutiert in den Stichproben A und D, mehr als 7.000 Menschen mit Migrationshintergrund seit 1984 bzw. 1994 wiederholt befragt hat. Die Besonderheit des SOEP im Vergleich zu den anderen im Rahmen des Projekts verwendeten Datensätzen liegt darin, dass der Migrationshintergrund einer Person auch anhand anderer Merkmale, die über die Staatsangehörigkeit hinausgehen, erfasst werden kann. Dazu zählen beispielsweise Angaben zum Geburts-/Herkunftsland, zur zweiten Staatsangehörigkeit und zum Zeitpunkt des Erwerbs der deutschen Staatsangehörigkeit.

Im SOEP wird eine begrenzte, aber aussagekräftige Auswahl von Gesundheitsindikatoren erhoben. Für die Untersuchung der Fragestellung dieser Studie wurden davon die Indikatoren zu Kur- und Heilbehandlungen genutzt. Diese werden in Bezug gesetzt zu den Angaben zum Migrationshintergrund der Befragten. Die Indikatoren zu Kur- und Heilbehandlungen, die ausschließlich Angaben zur Inanspruchnahme von medizinischen und

beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen umfassen, liegen für die Jahre 2003, 2004 und 2006 vor. Da Informationen über eine Inanspruchnahme in den anderen Jahren fehlen, sind longitudinale Aussagen nur begrenzt möglich. Deswegen wurden auf Basis der 3-Jahres-Zeiträume 2002-2004 (Inanspruchnahme in 2003) und 2005-2007 (Inanspruchnahme in 2006) zwei longitudinale SOEP-Studienbevölkerungen, gebildet. Somit ist es möglich, die Situation im Jahr vor und im Jahr nach der Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme zu untersuchen. Zudem wurden die Informationen im SOEP zu weiteren soziodemographischen und gesundheitlichen Merkmalen genutzt, um die Zusammenhänge zwischen Migrationshintergrund, sozialer Lage, Gesundheit und Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme zu analysieren.

Ursprünglich war zudem vorgesehen, die Inanspruchnahme beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen zu untersuchen. Darauf wurde jedoch aufgrund der sehr geringen Fallzahlen zu beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen (z.B. 2002-2004: 89 Fälle bei insgesamt 19.521 Befragten) im Nachhinein verzichtet.

### *Variablen*

Für die Untersuchung der Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen wurde für die beiden SOEP-Studienbevölkerungen 2002-2004 und 2005-2007, soweit möglich, auf die gleichen Variablen zurückgegriffen. Als Zielgröße wurde die Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in den Jahren 2003 und 2006 verwendet. Eine Differenzierung nach Kostenträger der Rehabilitationsmaßnahme ist nicht möglich (Tab. 4).

Die Einflussgröße „Ausländerstatus“ beruht auf den Angaben der SOEP-Befragten zu ihrer Staatsangehörigkeit (‚deutsch‘, ‚nicht deutsch‘) (Tab. 4). Demgegenüber wurde die Einflussgröße Migrationshintergrund auf Basis mehrerer Variablen generiert. Zunächst wurden Personen mit Migrationshintergrund über Angaben der SOEP-Befragten zu ihrer Staatsangehörigkeit (‚nicht deutsch‘) und ihrem Geburtsland (‚ein anderes Land als Deutschland‘) identifiziert. Danach wurden Angaben zum Geburtsland der Eltern (‚mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren‘) hinzugezogen. Da die Information zum Geburtsland der Eltern nur für SOEP-Befragte vorliegt, deren Eltern auch SOEP-Befragte waren oder noch sind, wurde bei den restlichen SOEP-Befragten auf die Staatsangehörigkeit der Eltern (‚nicht deutsch‘) zurückgegriffen. Weiterhin wurden Angaben zum Vorliegen einer zweiten Staatsangehörigkeit sowie zum Zeitpunkt des Erwerbs der deutschen Staatsangehörigkeit (‚erst nach der Geburt erworben‘) berücksichtigt, um eine noch vorhandene Missklassifikation von Personen mit Migrationshintergrund zu beheben.

Darüber hinaus wurden die Subgruppen ‚Personen mit türkischem Migrationshintergrund‘ sowie ‚Aussiedlerinnen und Aussiedler‘ bestimmt (Tab. 4). Die Identifizierung von Personen mit türkischem Migrationshintergrund folgte dem Vorgehen bei der Generierung des allgemeinen Migrationshintergrundes. Da jedoch für SOEP-Befragte, deren Eltern keine SOEP-Befragten waren oder noch sind, nur die Angabe vorliegt, ob ihre Eltern die deutsche oder eine andere Staatsangehörigkeit besitzen, musste auf dieses Identifizierungsmerkmal verzichtet werden. Die Bestimmung von Aussiedlerinnen und Aussiedlern erfolgte über den Einwanderungsstatus der SOEP-Befragten (‚Aussiedler‘) und für diejenigen, deren Eltern SOEP-Befragte waren oder noch sind, zusätzlich über den Einwanderungsstatus der Eltern.

Als mögliche Confounder wurden das Alter, das Geschlecht und der soziale Status (Bildung, Beruf, Einkommen) der SOEP-Befragten sowie deren subjektive Gesundheit im Jahr vor der Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme berücksichtigt (Tab. 4). Bildungs-, Berufs- und Einkommensstatus werden mittels der Klassifikation ‚Comparative Analyses of Social Mobility in Industrial Nations‘ (CASMIN), der ‚International Standard Classification of Occupations‘ von 1988 (ISCO-88) sowie dem jährlichen äquivalenzgewichteten Haushaltsnettoeinkommen nach der modifizierten OECD-Skala abgebildet (Lampert/Kroll 2006, Elias 2007, Grabka 2007). Zur Vereinfachung wurden die verschiedenen Kategorien des Bildungsstatus und der beruflichen Stellung kollabiert; für den Bildungsstatus auf die Kategorien ‚Hoch‘ ‚Mittel‘ ‚Niedrig‘ ‚Geht noch zur Schule‘ und ‚Keine Angabe‘ und für die berufliche Stellung auf die Kategorien ‚Angestellte‘ („white collar), ‚Arbeiter/-in‘ („blue collar“) und ‚Trifft nicht zu‘. Der subjektive Gesundheitszustand wird im SOEP ursprünglich mittels einer fünfstufigen Likert-Skala erhoben. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurden die Kategorien ‚Sehr gut‘ ‚Gut‘ und ‚Zufriedenstellend‘ zu der Kategorie ‚Gut‘ und die Kategorien ‚Weniger gut‘ und ‚Schlecht‘ zu der Kategorie ‚Schlecht‘ zusammengefasst. Für den Untersuchungszeitraum 2005-2007 wurden zudem die deutsche Sprechkompetenz von SOEP-Befragten berücksichtigt, die selbst oder deren Eltern keine deutschen Muttersprachler sind. Dazu wurden die Kategorien ‚Sehr gut‘ und ‚Gut‘ jeweils zu der Kategorie ‚Gut‘ und die Kategorien ‚Es geht‘, ‚Eher schlecht‘ und ‚Gar nicht‘ jeweils zu der Kategorie ‚Schlecht‘ zusammengefasst. Alle anderen SOEP-Befragten wurden der Kategorie ‚Gut‘ zugeordnet.

Variable	Item	Ausprägungen
<b>Zielgrößen</b>		
Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme	Haben Sie im letzten Jahr eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen?	- Ja - Nein - k.A.
<b>Einflussgrößen</b>		
Ausländerstatus	Generiert auf Basis der Staatsangehörigkeit	- Deutsch - Nicht deutsch
Migrationshintergrund	Generiert auf Basis des Geburtslandes (der Eltern), der Staatsangehörigkeit (der Eltern), der zweiten Staatsangehörigkeit und dem Zeitpunkt des Erwerbs der deutschen Staatsangehörigkeit	- Ja - Nein
Türkischer Migrationshintergrund	Generiert auf Basis des Geburtslandes (der Eltern), der Staatsangehörigkeit, der zweiten Staatsangehörigkeit	- Ja - Nein
Aussiedlerinnen und Aussiedler	Generiert auf Basis des Einwanderungsstatus (der Eltern)	- Ja - Nein
<b>Confounder</b>		
Alter Geschlecht	Generiert auf Basis des Geburtsjahres	- in Jahren - Weiblich - Männlich
Bildung im Jahr vor der Inanspruchnahme (Einkommen)	Generiert auf Basis der Klassifikation ‚Comparative Analyses of Social Mobility in Industrial Nations‘ (CASMIN)	- Hoch - Mittel - Niedrig - Geht noch zur Schule - k.A.
Berufliche Stellung im Jahr vor der Inanspruchnahme	Generiert auf Basis der ‚International Standard Classification of Occupations‘ von 1988 (ISCO-88)	- Angestellte - Arbeiter/-in - Trifft nicht zu
Nettoäquivalenzeinkommen im Jahr vor der Inanspruchnahme	Generiert auf Basis des Haushaltsnettoeinkommens, dem ‚imputed rental value‘ sowie der OECD-gewichteten Haushaltsgröße	- in Euro
Subjektiver Gesundheitszustand im Jahr vor der Inanspruchnahme	Wie würden sie ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?	- Gut - Schlecht
Sprechkompetenz (deutsch)	Wie gut sprechen Sie deutsch?	- Gut - Schlecht

Ü Tab. 4: Verwendete Variablen für die Modellierung der Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation mit Hilfe des sozio-oekonomischen Panels (Quelle: Eigene Darstellung)

### *Statistische Methoden der Datenauswertung*

Die Merkmale der Studienbevölkerung wurden zunächst für beide Untersuchungszeiträume univariat sowie stratifiziert nach Ausländerstatus, Migrationshintergrund sowie den beiden Subgruppen analysiert, um einen Überblick hinsichtlich der Zusammensetzung nach Geschlecht, Alter, Bildung, beruflicher Stellung, Einkommen sowie der Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme zu gewinnen. In Abhängigkeit des Messniveaus wurden Lage- und Streuungsmaße berechnet. Im Anschluss daran wurde die Inanspruchnahme, stratifiziert nach Migrationshintergrund, den Altersgruppen ‚18-39 Jahre‘, ‚40 bis 59

Jahre' und ‚60 Jahre und älter' sowie Geschlecht, in Kreuztabellen und grafisch in Form von Balkendiagrammen dargestellt. Auf eine Betrachtung des Ausländerstatus sowie der beiden Subgruppen ‚Personen mit türkischem Migrationshintergrund' und ‚Aussiedler' wurde wegen zu geringer Fallzahlen verzichtet.

In einem letzten Schritt wurde die Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in 2003 und 2006 mittels einer logistischen Modellierung analysiert. Dadurch lässt sich überprüfen, ob eventuell vorhandene Unterschiede in der Inanspruchnahme auf den Migrationshintergrund oder vielmehr auf soziodemographische und gesundheitliche Faktoren zurückzuführen sind. Dazu wurde zunächst ein logistisches Regressionsmodell mit Migrationshintergrund als Haupteffekt berechnet, welches schrittweise erweitert wurde, um für soziodemographische und gesundheitliche Faktoren zu adjustieren. Für die Modellierung der Inanspruchnahme in 2006 wurde zudem die Sprechkompetenz der SOEP-Befragten in das logistische Regressionsmodell eingeschlossen. Abschließend wurden die Modelle um Variablen mit einem p-Wert  $> 0,1$  bereinigt. Das Signifikanzniveau wurde auf 5% festgelegt. Alle Auswertungen wurden mit SPSS für Windows, Version 17, vorgenommen.

### **3.2.1.1 Stichprobenbeschreibung: 2002-2004**

Tab. 5 zeigt die Zusammensetzung der Studienbevölkerung 2002-2004. Von den insgesamt 19.521 Befragten nahmen 896 Personen (4,6%) im Jahr 2003 eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch. 52,1% der Befragten sind Frauen. Das Durchschnittsalter liegt bei 47,9 Jahren. Hinsichtlich des Bildungsstatus verfügen 20,2% der Befragten über einen hohen Bildungsstatus, 36,9% über einen mittleren und 40,2% über einen niedrigen Bildungsstatus. Die Mehrheit der Erwerbstätigen ist in einem Angestelltenverhältnis beschäftigt. Das mittlere Einkommen beträgt 22.311€ im Jahr.

Nach Stratifikation für Migrationshintergrund zeigt sich, dass von den insgesamt 3.008 Personen mit Migrationshintergrund 91 Personen (3,0%) im Jahr 2003 eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen haben (Tab. 5). Damit liegt die Inanspruchnahmerate von Personen mit Migrationshintergrund 1,8 Prozentpunkte unter derjenigen von Personen ohne Migrationshintergrund. Weiterhin sind Personen mit Migrationshintergrund im Schnitt ungefähr 5 Jahre jünger als Personen ohne Migrationshintergrund und weisen insgesamt einen niedrigeren sozialen Status auf. Beispielsweise ist etwas mehr als die Hälfte der erwerbstätigen Personen mit Migrationshintergrund in einem Arbeiterverhältnis beschäftigt. Die Zusammensetzung der Gruppe der Ausländerinnen und Ausländer, d.h. einer Subgruppe der Personen mit Migrationshintergrund, ähnelt jener der Personen mit Migrationshintergrund (Tab. 6). In der Gruppe der 1.453 Ausländerinnen und Ausländer nahmen 47 Personen



(3,2%) im Jahr 2003 eine medizinische Rehabilitation in Anspruch. Verglichen mit den Personen mit Migrationshintergrund insgesamt besitzt die Gruppe der Ausländerinnen und Ausländer einen geringeren Bildungsstatus, ein um ungefähr 1.000€ niedrigeres Einkommen und ist vermehrt in Arbeiterverhältnissen beschäftigt.

Merkmale	Gesamt			Personen ohne Migrationshintergrund			Personen mit Migrationshintergrund		
	Mittelwert/ Anteil an Befragten insgesamt (in %)	N	SD	Mittelwert/ Anteil an Befragten insgesamt (in %)	N	SD	Mittelwert/ Anteil an Befragten insgesamt (in %)	N	SD
Befragte insgesamt		19.521			16.513			3.008	
Geschlecht									
Frauen	52,13	10.176		52,26	8.630		51,40	1.546	
Männer	47,87	9.345		47,74	7.883		48,60	1.462	
Alter (in Jahren)	48,32		16,44	49,03		16,42	44,39		16,04
Bildung									
hoch	20,20	3.944		21,36	3.528		13,83	416	
mittel	36,92	7.208		38,78	6.403		26,76	805	
niedrig	40,23	7.854		37,64	6.215		54,49	1.639	
Berufliche Stellung									
white collar	40,70	7.945		43,14	7.123		27,33	822	
blue-collar	17,54	3.424		15,38	2.539		29,42	885	
trifft nicht zu	41,55	8.110		41,25	6.811		43,18	1.299	
Einkommen (in €)	22.311		19.740	22.970		19.301	18.693		21.645
Med. Reha-Inanspruchnahme									
ja	4,59	896		4,87	805		3,03	91	
nein	94,86	18.518		94,58	15.618		96,41	2.900	
keine Angabe	0,55	107		0,55	90		0,57	17	

Ü Tab. 5: Charakteristika der SOEP-Befragten 2002-2004 insgesamt und stratifiziert nach Migrationshintergrund. (Quelle: Eigene Berechnung auf Grundlage des SOEP)

Merkmale	Gesamt			Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit			Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit		
	Mittelwert/ Anteil an Befragten insgesamt (in %)	N	SD	Mittelwert/ Anteil an Befragten insgesamt (in %)	N	SD	Mittelwert/ Anteil an Befragten insgesamt (in %)	N	SD
Befragte insgesamt		19.521			18.068			1.453	
Geschlecht									
Frauen	52,13	10.176		52,22	9.436		50,93	740	
Männer	47,87	9.345		47,78	8.632		49,07	713	
Alter (in Jahren)	48,32		16,44	48,67		16,52	43,91		14,78
Bildung									
hoch	20,20	3.944		20,99	3.792		10,46	152	
mittel	36,92	7.208		38,31	6.922		19,68	286	
niedrig	40,23	7.854		38,33	6.926		63,87	928	
Berufliche Stellung									
white collar	40,70	7.945		42,10	7.606		23,33	339	
blue-collar	17,54	3.424		16,19	2.925		34,34	499	
trifft nicht zu	41,55	8.110		41,48	7.495		42,33	615	
Einkommen (in €)	22.311		19.740	22.685		19.879	17.665		17.267
Med. Reha-Inanspruchnahme									
ja	4,59	896		4,70	849		3,23	47	
nein	94,86	18.518		94,74	17.118		96,35	1.400	
keine Angabe	0,55	107		0,56	101		0,41	6	

Tab. 6: Charakteristika der SOEP-Befragten 2002-2004 insgesamt und stratifiziert nach deutscher und ausländischer Staatsangehörigkeit. (Quelle: Eigene Berechnung auf Grundlage des SOEP)

In den Subgruppen der Aussiedlerinnen und Aussiedler sowie der Personen mit türkischem Migrationshintergrund nahmen 15 von 688 Personen (2,2%) bzw. 16 von 611 Personen (2,6%) im Jahr 2003 eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch (

Tab. 7). Während die Gruppe der Aussiedlerinnen und Aussiedler ähnliche Merkmalsausprägungen wie die Gruppe der Personen mit Migrationshintergrund insgesamt aufweist, zeigen sich deutliche Unterschiede in der Gruppe der Personen mit türkischem Migrationshintergrund. Diese besitzen im Schnitt den niedrigsten sozialen Status. Beispielsweise liegt der Anteil der Personen mit einem hohen Bildungsstatus bei 4,8%.

Merkmale	Gesamt			Aussiedlerinnen und Aussiedler			Personen mit türkischem Migrationshintergrund		
	Mittelwert/ Anteil an Befragten insgesamt (in %)	N	SD	Mittelwert/ Anteil an Befragten insgesamt (in %)	N	SD	Mittelwert/ Anteil an Befragten insgesamt (in %)	N	SD
Befragte insgesamt		19.521			688			611	
Geschlecht									
Frauen	52,13	10.176		51,02	351		48,94	299	
Männer	47,87	9.345		48,98	337		51,06	312	
Alter (in Jahren)	48,32		16,44	46,73		17,68	40,26		13,87
Bildung									
hoch	20,20	3.944		14,97	103		4,75	29	
mittel	36,92	7.208		29,65	204		18,66	114	
niedrig	40,23	7.854		51,31	353		70,21	429	
Berufliche Stellung									
white collar	40,70	7.945		23,84	164		16,04	98	
blue-collar	17,54	3.424		29,94	206		33,06	202	
trifft nicht zu	41,55	8.110		46,08	317		50,90	311	
Einkommen (in €)	22.311		19.740	16.637		10.26 6	13.866		7.143
Med. Reha-Inanspruchnahme									
ja	4,59	896		2,18	15		2,62	16	
nein	94,86	18.518		96,95	667		97,05	593	
keine Angabe	0,55	107		0,87	6		0,33	2	

Ü Tab. 7: Charakteristika der SOEP-Befragten 2002-2004 für die Subgruppen Personen mit türkischem Migrationshintergrund sowie Aussiedlerinnen und Aussiedler. (Quelle: Eigene Berechnung auf Grundlage des SOEP)

### 3.2.1.2 Stichprobenbeschreibung: 2005-2007

Die Zusammensetzung der Studienbevölkerung der Jahre 2005-2007 ist in Tab. 8 dargestellt. Insgesamt umfasst die Studienbevölkerung 2005-2007 mit 17.176 Personen ungefähr 2.400 weniger Befragte als in dem Zeitraum 2002-2004. Im Wesentlichen ist der geringere Stichprobenumfang 2005-2007 auf einen ‚loss to follow up‘ zurückzuführen. Die wenigen Panel-Neuzugänge bis zum Jahr 2005 können diesen ‚loss to follow up‘ nicht kompensieren und die Ziehung einer Auffrischungsstichprobe erfolgte erst wieder im Jahr 2006. Von den 17.176 befragten Personen nahmen 660 Personen (3,8%) im Jahr 2006 eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch. Damit liegt die Inanspruchnahmerate der Personen in der Studienbevölkerung 2005-2007 um ungefähr 0,8 Prozentpunkte unter derjenigen der Personen in der Studienbevölkerung 2002-2004.

52,6% der Befragten sind Frauen. Das Durchschnittsalter liegt bei 49,3 Jahren. Hinsichtlich des Bildungsniveaus verfügen 20,6% der Befragten über einen hohen, 37,2% über einen mittleren und 37,8% über einen niedrigen Bildungsstatus. Die Mehrheit der erwerbstätigen

Befragten ist wie auch in dem Zeitraum 2002-2004 in einem Angestelltenverhältnis beschäftigt. Das mittlere Einkommen der Befragten beträgt 22.895€ im Jahr.

Eine nach Migrationshintergrund stratifizierte Betrachtung der Studienbevölkerung 2005-2007 zeigt, dass von den insgesamt 2.551 Personen mit Migrationshintergrund 64 Personen (2,5%) im Jahr 2006 eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen haben (Tab. 8). Damit liegt die Inanspruchnahmerate von Personen mit Migrationshintergrund 1,6 Prozentpunkte unter derjenigen von Personen ohne Migrationshintergrund. Ebenso wie im Zeitraum 2002-2004 sind Personen mit Migrationshintergrund im Schnitt ungefähr 5 Jahre jünger als Personen ohne Migrationshintergrund und weisen insgesamt einen niedrigeren sozialen Status auf. Jedoch ist im Gegensatz zu 2002-2004 der überwiegende Teil der erwerbstätigen Personen mit Migrationshintergrund in einem Angestelltenverhältnis beschäftigt. Die Zusammensetzung der Gruppe der Ausländerinnen und Ausländer ähnelt jener der Personen mit Migrationshintergrund (Tab. 9). Von den 1.136 Ausländerinnen und Ausländern nahmen 27 Personen (2,4%) im Jahr 2006 eine medizinische Rehabilitation in Anspruch. Im Vergleich mit den Personen mit Migrationshintergrund besitzt die Gruppe der Ausländerinnen und Ausländer wie auch in den Jahren 2002-2004 einen geringeren Bildungsstatus, ein um 450€ niedrigeres Einkommen und ist vermehrt in Arbeiterverhältnissen beschäftigt.

Merkmale	Gesamt			Personen ohne Migrationshintergrund			Personen mit Migrationshintergrund		
	Mittelwert/ Anteil an Befragten insgesamt (in %)	N	SD	Mittelwert/ Anteil an Befragten insgesamt (in %)	N	SD	Mittelwert/ Anteil an Befragten insgesamt (in %)	N	SD
Befragte insgesamt		17.176			14.625			2.551	
Geschlecht									
Frauen	52,58	9.031		52,51	7.680		52,96	1.351	
Männer	47,42	8.145		47,49	6.945		47,04	1.200	
Alter (in Jahren)	49,28		16,79	50,05		16,71	44,91		16,57
Bildung									
hoch	20,58	3.535		21,65	3.166		14,46	369	
mittel	37,23	6.395		38,93	5.694		27,48	701	
niedrig	37,79	6.490		35,56	5.201		50,53	1.289	
Berufliche Stellung									
white collar	38,99	6.697		41,00	5.996		27,48	701	
blue-collar	15,13	2.598		13,62	1.992		23,76	606	
trifft nicht zu	45,70	7.850		45,19	6.609		48,65	1.241	
Einkommen (in €)	22.895		19.864	23.603		18.004	18.833		27.915
Med. Reha-Inanspruchnahme									
ja	3,84	660		4,08	596		2,51	64	
nein	95,84	16.461		95,60	13.982		97,18	2.479	
keine Angabe	0,32	55		0,32	47		0,31	8	

Tab. 8: Charakteristika der SOEP-Befragten 2005-2007 insgesamt und stratifiziert nach Migrationshintergrund. (Quelle: Eigene Berechnung auf Grundlage des SOEP)

Merkmale	Gesamt			Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit			Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit		
	Mittelwert/ Anteil an Befragten insgesamt (in %)	N	SD	Mittelwert/ Anteil an Befragten insgesamt (in %)	N	SD	Mittelwert/ Anteil an Befragten insgesamt (in %)	N	SD
Befragte insgesamt		17.176			16.040			1.136	
Geschlecht									
Frauen	52,58	9.031		52,62	8.440		52,02	591	
Männer	47,42	8.145		47,38	7.600		47,98	545	
Alter (in Jahren)	49,28		16,79	49,55		16,88	45,53		14,99
Bildung									
hoch	20,58	3.535		21,21	3.402		11,71	133	
mittel	37,23	6.395		38,47	6.171		19,72	224	
niedrig	37,79	6.490		36,11	5.792		61,44	698	
Berufliche Stellung									
white collar	38,99	6.697		40,11	6.434		23,15	263	
blue-collar	15,13	2.598		14,26	2.288		27,29	310	
trifft nicht zu	45,70	7.850		45,44	7.288		49,47	562	
Einkommen (in €)	22.895		19.864	23.213		17.642	18.398		39.380
Med. Reha- Inanspruchnahme									
ja	3,84	660		3,95	633		2,38	27	
nein	95,84	16.461		95,73	15.355		97,36	1.106	
keine Angabe	0,32	55		0,32	52		0,26	3	

Ü Tab. 9: Charakteristika der SOEP-Befragten 2005-2007 insgesamt und stratifiziert nach Staatsangehörigkeit. (Quelle: Eigene Berechnung auf Grundlage des SOEP).

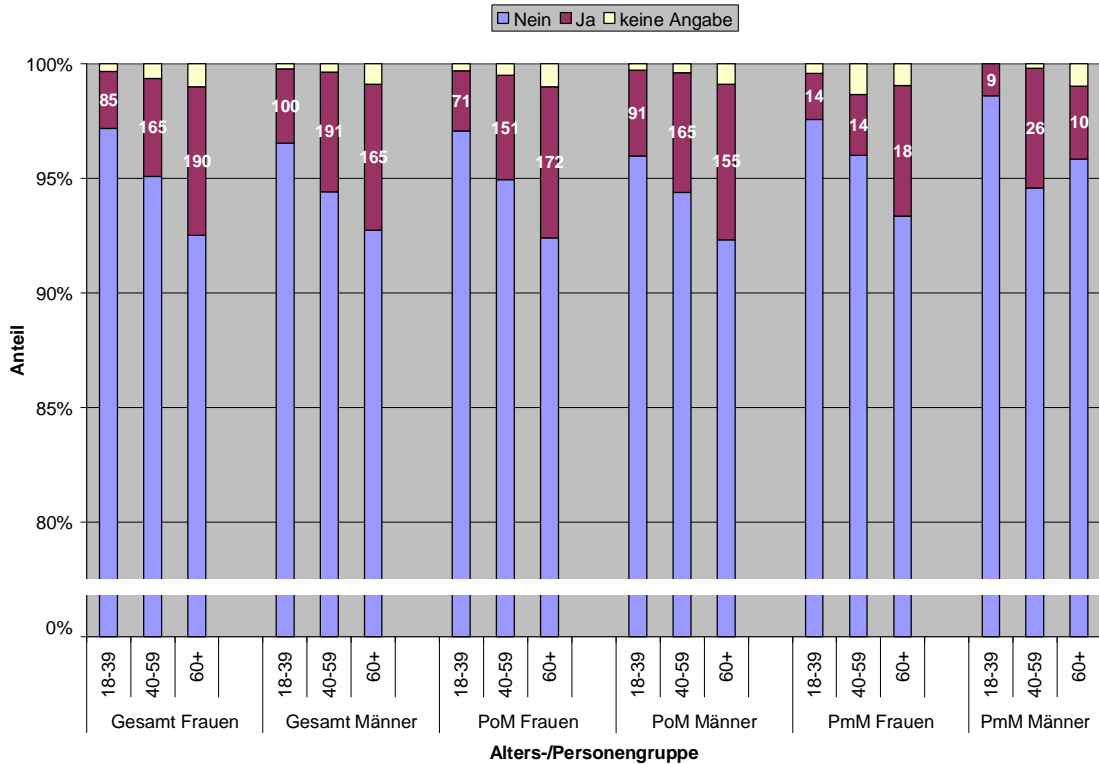
Aus den Subgruppen der Aussiedlerinnen und Aussiedler sowie der Personen mit türkischem Migrationshintergrund nahmen 17 von 554 Personen (3,1%) bzw. 5 von 502 Personen (1,0%) im Jahr 2006 eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch (Tab. 10). Damit ist die Gruppe der Aussiedlerinnen und Aussiedler die einzige mit einer höheren Inanspruchnahmerate als in den Jahren 2002-2004 bei gleichzeitig sehr geringen Fallzahlen. Wie auch im Zeitraum 2002-2004 weist die Gruppe der Aussiedlerinnen und Aussiedler ähnliche Merkmalsausprägungen auf wie die Gruppe der Personen mit Migrationshintergrund insgesamt, während die Gruppe der Personen mit türkischem Migrationshintergrund den im Schnitt niedrigsten sozialen Status hat. Wie auch im vorherigen Zeitraum liegt der Anteil der Personen mit einem hohen Bildungsstatus bei 4,8%.

Merkmale	Gesamt			Aussiedlerinnen und Aussiedler			Personen mit türkischem Migrationshintergrund		
	Mittelwert/ Anteil an Befragten insgesamt (in %)	N	SD	Mittelwert/ Anteil an Befragten insgesamt (in %)	N	SD	Mittelwert/ Anteil an Befragten insgesamt (in %)	N	SD
Befragte insgesamt		17.176			554			502	
Geschlecht									
Frauen	52,58	9.031		53,97	299		49,80	250	
Männer	47,42	8.145		46,03	255		50,20	252	
Alter (in Jahren)	49,28		16,79	46,76		18,48	41,74		14,25
Bildung									
hoch	20,58	3.535		15,70	87		4,78	24	
mittel	37,23	6.395		30,51	169		17,53	88	
niedrig	37,79	6.490		47,11	261		66,93	336	
Berufliche Stellung									
white collar	38,99	6.697		25,45	141		15,14	76	
blue-collar	15,13	2.598		24,73	137		28,29	142	
trifft nicht zu	45,70	7.850		49,64	275		56,57	284	
Einkommen (in €)	22.895		19.864	17.6134		9.879	14.047		6.763
Med. Reha- Inanspruchnahme									
ja	3,84	660		3,07	17		1,00	5	
nein	95,84	16.461		96,39	534		98,21	493	
keine Angabe	0,32	55		0,54	3		0,80	4	

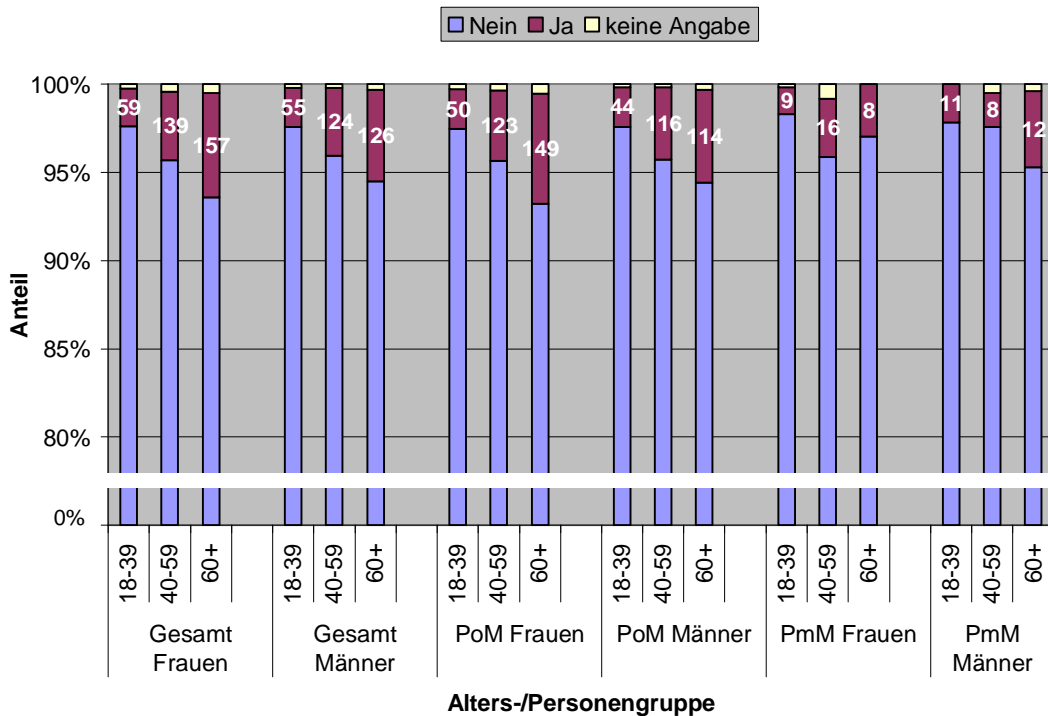
Ü Tab. 10: Charakteristika der SOEP-Befragten 2005-2007 für die Subgruppen „Personen mit türkischem Migrationshintergrund“ sowie „Aussiedlerinnen und Aussiedler“ (Quelle: Eigene Berechnung auf Grundlage des SOEP)

### 3.2.1.3 Bivariate Untersuchung der Inanspruchnahme

Bei der Betrachtung der Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme insgesamt sowie in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund, beide stratifiziert für Alter und Geschlecht, zeigt sich in beiden Untersuchungszeiträumen mit zunehmendem Alter ein Anstieg (Abb. 12, Abb. 13). Abweichend von diesem generellen Trend verhalten sich die Inanspruchnahme der Männer mit Migrationshintergrund im Jahr 2003 sowie die Inanspruchnahme der Frauen mit Migrationshintergrund im Jahr 2006 bei allerdings geringen Fallzahlen (mit weißer Schrift dargestellt). Sowohl für Männer mit Migrationshintergrund im Jahr 2003 als auch für Frauen mit Migrationshintergrund im Jahr 2006 gilt, dass die Inanspruchnahmerate in der mittleren Altersgruppe der 40-59-Jährigen am höchsten ist, während sich für das jeweils andere Jahr der bereits beschriebene Altersgradient zeigt. Mit Ausnahme der 40-59-jährigen Männer im Jahr 2003 (5,3%) liegen die Inanspruchnahmeraten für Frauen und Männer mit Migrationshintergrund sowohl 2003 als auch 2006 unter den Inanspruchnahmeraten für Frauen und Männer ohne Migrationshintergrund. Für den Anteil der Befragten, die keine Angabe zu der Inanspruchnahme einer Rehabilitationsmaßnahme im Jahr 2003 sowie im Jahr 2006 machen, zeigen sich keine deutlichen Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund.



Ü Abb. 12: Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme im Jahr 2003 insgesamt und in Abhängigkeit von Migrationshintergrund, stratifiziert nach Alter und Geschlecht. PoM/PmM= Personen ohne/mit Migrationshintergrund. Für die Angabe „Ja“ sind zusätzlich die absoluten Zahlen dargestellt. (Quelle: Eigene Berechnung auf Grundlage des SOEP)



Ü Abb. 13: Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme im Jahr 2006 insgesamt und in Abhängigkeit von Migrationshintergrund, stratifiziert nach Alter und Geschlecht. PoM/PmM= Personen ohne/mit Migrationshintergrund. Für die Angabe „Ja“ sind zusätzlich die absoluten Zahlen dargestellt. (Quelle: Eigene Berechnung auf Grundlage des SOEP)

### 3.2.1.4 Modellierung der Inanspruchnahme: 2002-2004

Tab. 11 zeigt die Ergebnisse der logistischen Modellierung mit Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme im Jahr 2003 als abhängiger Variable. Modell 1 beinhaltet nur den Migrationshintergrund als Haupteffekt, während Modell 2 für soziodemographische Variablen und Modell 3 zusätzlich noch für die subjektive Gesundheit adjustiert. Die Variablen zu Bildung, beruflicher Stellung, Einkommen sowie subjektiver Gesundheit beziehen sich auf das Jahr vor der Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme. Die Variable „Einkommen“ wurde zudem aufgrund der fehlenden Normalverteilung logarithmiert. Modell 4 ist das finale Modell, bereinigt um unabhängige Variablen mit einem p-Wert  $> 0,1$ .

In Modell 1 mit Migrationshintergrund als Haupteffekt ergibt sich für Menschen mit Migrationshintergrund eine um 39% niedrigere Chance (siehe Fußnote auf Seite 13 für eine Erläuterung des Begriffes), eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch zu nehmen ( $OR=0,61$ ). Nach Adjustierung für Alter, Geschlecht, Bildung, berufliche Stellung und Einkommen (Modell 2) ist die Chance einer Inanspruchnahme bei Migrantinnen und Migranten 38% geringer als bei Personen ohne Migrationshintergrund ( $OR=0,62$ ). Nach der Hinzuziehung der subjektiven Gesundheit (Modell 3) liegt die Chance für eine Inanspruchnahme bei Migrantinnen und Migranten weiterhin um 40% unter derjenigen von Personen ohne Migrationshintergrund ( $OR=0,60$ ). Signifikante Effekte zeigen sich neben dem Alter ( $OR=1,02$ ) für die berufliche Stellung ( $OR$  ‚Arbeiter/-in‘= $1,48$ ) sowie subjektive Gesundheit ( $OR$  ‚schlechte Gesundheit‘= $2,78$ ) (Modell 4). Demnach erhöht sich beispielsweise die Chance der Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme um 2% pro Lebensjahr. Der Befund einer geringeren Chance von Personen mit Migrationshintergrund für die Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme bleibt demnach auch nach Hinzuziehung soziodemographischer und gesundheitlicher Faktoren bestehen.



Unabhängige Variablen	Modell 1			Modell 2			Modell 3			Modell 4		
	OR <sup>+</sup>	95%-CI		OR <sup>+</sup>	95%-CI		OR <sup>+</sup>	95%-CI		OR <sup>+</sup>	95%-CI	
Migrationshintergrund												
Nein	Ref.			Ref.			Ref.			Ref.		
Ja	0,61*	0,49	0,76	0,62*	0,50	0,78	0,60*	0,48	0,75	0,59*	0,47	0,74
Alter (in Jahren)				1,02*	1,02	1,03	1,02*	1,01	1,02	1,02*	1,01	1,02
Geschlecht												
Weiblich				Ref.			Ref.			Ref.		
Männlich				1,11	0,96	1,28	1,15	1,00	1,32	1,14	0,99	1,31
Bildung												
Hoch				Ref.			Ref.					
Mittel				1,06	0,86	1,30	1,01	0,82	1,25			
Niedrig				1,00	0,81	1,23	0,90	0,73	1,11			
In Schule				0,69	0,09	5,09	0,70	0,09	5,13			
Keine Angabe				1,05	0,63	1,75	1,01	0,61	1,69			
Berufliche Stellung												
Angestellte				Ref.			Ref.			Ref.		
Arbeiter/-in				1,47*	1,18	1,82	1,51*	1,21	1,87	1,48*	1,21	1,81
Trifft nicht zu				1,09	0,90	1,32	1,01	0,83	1,23	1,01	0,85	1,21
Log. Einkommen				0,88	0,77	1,01	0,94	0,81	1,08			
Subjektive Gesundheit												
Gut							Ref.			Ref.		
Schlecht							2,78*	2,39	3,25	2,78*	2,38	3,23

\* p<0,05

Ü Tab. 11: Logistische Modellierung mit Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in 2003 als abhängiger Variable, Odds Ratios (OR) und Konfidenzintervalle (CI) (Quelle: Eigene Berechnung auf Grundlage des SOEP)

### 3.2.1.5 Modellierung der Inanspruchnahme: 2005-2007

In Tab. 12 sind die Ergebnisse der logistischen Modellierung mit Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme im Jahr 2006 als abhängiger Variable dargestellt. Das Vorgehen ist das gleiche wie für den Zeitraum 2002-2004 mit der Ausnahme, dass nach dem Einschluss der subjektiven Gesundheit (Modell 3) noch die deutsche Sprechkompetenz der SOEP-Befragten hinzugezogen wurde (Modell 4), die in der Stichprobe 2005-2007 nicht zur Verfügung stand. Danach wurde das Modell um Variablen mit einem p-Wert > 0,1 bereinigt (Modell 5).

In Modell 1 mit Migrationshintergrund als Haupteffekt ergibt sich für Menschen mit Migrationshintergrund eine um 39% erniedrigte Chance, eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch zu nehmen (OR=0,61). Nach Adjustierung für Alter, Geschlecht, Bildung, berufliche Stellung und Einkommen (Modell 2) ist die Erniedrigung der Chance einer Inanspruchnahme bei Migrantinnen und Migranten im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund mit 32% etwas geringer (OR=0,68). Nach der weiteren Hinzuziehung der subjektiven Gesundheit (Modell 3) liegt die Chance für eine Inanspruchnahme bei Migrantinnen und Migranten weiterhin bei 32% unter derjenigen von Personen ohne Migrationshintergrund (OR=0,68). Wird zudem für die Sprechkompetenz adjustiert (Modell 4), ist die Chance einer Inanspruchnahme bei Personen mit Migrationshintergrund um 30% geringer verglichen mit

Personen ohne Migrationshintergrund. Eine schlechte deutsche Sprechkompetenz verringert zwar die Chance für eine Inanspruchnahme, jedoch ist Verringerung insignifikant (OR=0,87; 95%-CI: 0,47-1,62). Signifikante Effekte zeigen sich wie für 2002-2004 für das Alter (OR=1,02) sowie die subjektive Gesundheit (OR ‚schlechte Gesundheit‘=2,75), wonach beispielsweise die Chance der Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme um 2% pro Lebensjahr erhöht (Modell 5). Abweichend davon zeigt sich jedoch kein signifikanter Effekt für die berufliche Stellung (OR ‚Arbeiter/-in‘=1,24), während ein höheres Einkommen mit einer höheren Chance für eine Inanspruchnahme verbunden ist (OR=1,26). Wie auch in dem zuvor beschriebenen Zeitraum zeigt sich, dass Personen mit Migrationshintergrund auch nach Hinzuziehung soziodemographischer und gesundheitlicher Faktoren eine geringere Chance für die Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme haben.

Unabhängige Variablen	Modell 1			Modell 2			Modell 3			Modell 4			Modell 5		
	OR*	95%-CI		OR*	95%-CI		OR*	95%-CI		OR*	95%-CI		OR*	95%-CI	
Migrationshintergrund	Ref.			Ref.			Ref.			Ref.			Ref.		
Nein	Ref.			Ref.			Ref.			Ref.			Ref.		
Ja	0,61*	0,47	0,79	0,68*	0,52	0,89	0,68*	0,52	0,89	0,70*	0,52	0,94	0,68	0,52	0,89
Alter (in Jahren)	Ref.			Ref.			Ref.			Ref.			Ref.		
Geschlecht	Ref.			Ref.			Ref.			Ref.			Ref.		
Weiblich	Ref.			Ref.			Ref.			Ref.			Ref.		
Männlich	Ref.			Ref.			Ref.			Ref.			Ref.		
Bildung	Ref.			Ref.			Ref.			Ref.			Ref.		
Hoch	Ref.			Ref.			Ref.			Ref.			Ref.		
Mittel	Ref.			Ref.			Ref.			Ref.			Ref.		
Niedrig	Ref.			Ref.			Ref.			Ref.			Ref.		
In Schule	Ref.			Ref.			Ref.			Ref.			Ref.		
Keine Angabe	Ref.			Ref.			Ref.			Ref.			Ref.		
Berufliche Stellung	Ref.			Ref.			Ref.			Ref.			Ref.		
Angestellte	Ref.			Ref.			Ref.			Ref.			Ref.		
Arbeiter/-in	Ref.			Ref.			Ref.			Ref.			Ref.		
Trifft nicht zu	Ref.			Ref.			Ref.			Ref.			Ref.		
Log. Einkommen	Ref.			Ref.			Ref.			Ref.			Ref.		
Subjektive Gesundheit	Ref.			Ref.			Ref.			Ref.			Ref.		
Gut	Ref.			Ref.			Ref.			Ref.			Ref.		
Schlecht	Ref.			Ref.			Ref.			Ref.			Ref.		
Sprechkompetenz	Ref.			Ref.			Ref.			Ref.			Ref.		
Gut	Ref.			Ref.			Ref.			Ref.			Ref.		
Schlecht	Ref.			Ref.			Ref.			Ref.			Ref.		

\* p<0,05

Ü Tab. 12: Logistische Modellierung mit Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in 2006 als abhängiger Variable, Odds Ratios (OR) und Konfidenzintervalle (CI) (Quelle: Eigene Berechnung auf Grundlage des SOEP)

### 3.2.1.6 Diskussion

Personen mit Migrationshintergrund weisen über beide Studienbevölkerungen hinweg eine deutlich geringere Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme auf. Darüber hinaus sind sie deutlich jünger und besitzen im Schnitt einen geringeren sozialen Status als Personen ohne Migrationshintergrund. Besonders deutlich zeigt sich dieser Befund für die Subgruppe der Personen mit türkischem Migrationshintergrund. Sowohl bei Personen mit als auch bei Personen ohne Migrationshintergrund zeigt sich mit zunehmendem Alter ein Anstieg der Inanspruchnahme. Ausnahme sind hier die 40-59-jährigen Männer

mit Migrationshintergrund für den Zeitraum 2002-2004 sowie die 40-59-jährigen Frauen mit Migrationshintergrund für den Zeitraum 2005-2007 bei allerdings geringen Fallzahlen. Im jeweils anderen Zeitraum ist diese Abweichung nicht zu beobachten.

Die logistischen Modellierungen spiegeln die Ergebnisse der deskriptiven Untersuchung wider und zeigen eine geringere Chance für die Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme bei Personen mit Migrationshintergrund. Dieser Befund bleibt auch nach Einschluss soziodemographischer und gesundheitlicher Faktoren stabil. Demnach müssen andere mit dem Migrationsstatus assoziierte Faktoren ursächlich für eine geringere Inanspruchnahme bei Menschen mit Migrationshintergrund sein (dem wird in Kapitel 4 näher nachgegangen).

Zu den Limitationen der Auswertung der SOEP-Daten zählt, dass keine Differenzierung der Personen mit Migrationshintergrund nach der jeweiligen Migrantengeneration vorgenommen wurde (siehe Kapitel 5). Beispielsweise erscheint die Annahme plausibel, dass sich das Inanspruchnahmeverhalten über die einzelnen Migrantengenerationen durch eine zunehmende Akkulturation demjenigen der nicht-migrierten Bevölkerung anpasst (Berry/Sam 1997). Die für eine Prüfung notwendige Stratifikation nach Migrantengeneration ist jedoch aufgrund der geringen Fallzahlen und des vergleichsweise geringen Durchschnittsalters von Migrantinnen und Migranten der zweiten und dritten Generation nicht möglich.

### **3.2.2 Inanspruchnahme von Leistungen der Gesetzlichen Unfallversicherung**

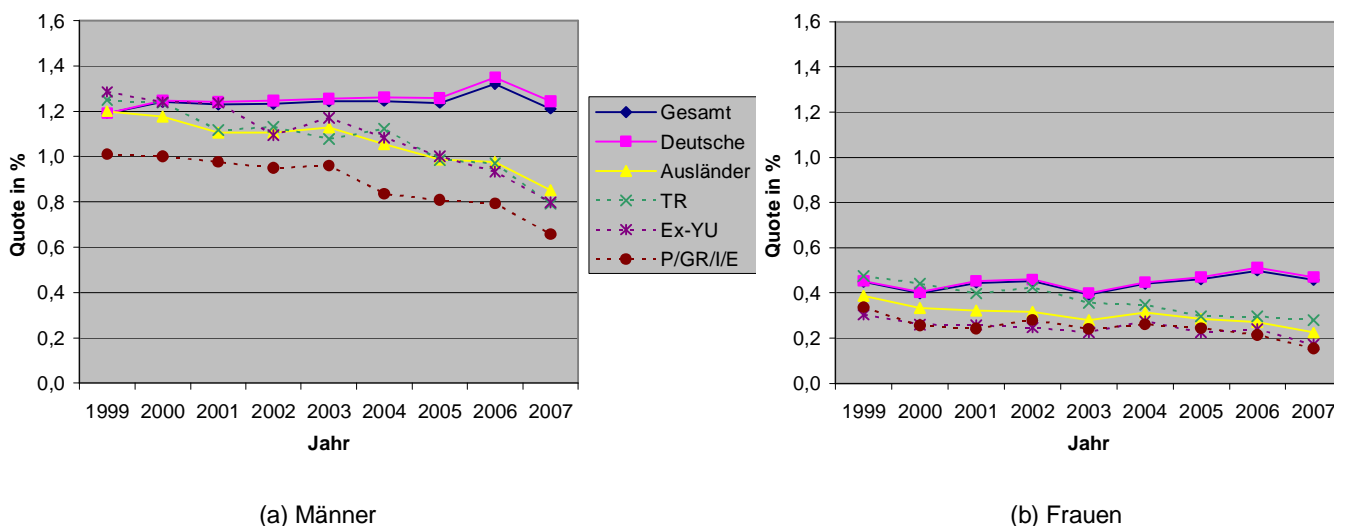
Im Folgenden werden Ergebnisse der Auswertung der DGUV-Statistik über die „Dokumentation der Rehabilitationsmaßnahmen“ vorgestellt, die auf Grund von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten in Anspruch genommen werden. Diese Auswertung erlaubt es, mögliche Unterschiede zwischen Personen unterschiedlicher Staatsangehörigkeiten im Hinblick auf die Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme zu identifizieren.

Daten aus der Statistik über die „Dokumentation der Rehabilitationsmaßnahmen“ wurde vom Datenhalter stratifiziert nach Alter, Geschlecht und den vier Staatsangehörigkeiten sowie Ausländern zur Verfügung gestellt. In dieser Statistik werden Maßnahmen aus einem vorgegebenen Katalog ausschließlich nach ihrem Abschluss dokumentiert. So wird zum Beispiel ein stationärer Aufenthalt auch dann nur einmal gezählt, wenn er über den Jahreswechsel hinweg andauert und gegebenenfalls in beiden Jahren Kosten ausgelöst hat. Das hat zur Folge, dass die dargestellten Fallzahlen nicht die im jeweiligen Geschäftsjahr tatsächlich angefallenen Maßnahmen wiedergeben. Dennoch sind „Zahlen ihrer Größenordnung nach jedoch auch repräsentativ für die in dem betreffenden Jahr insgesamt angefallenen Maßnahmen“ (Rothe 2008). Der Katalog der festgehaltenen Rehabilitationsmaßnahmen ist dar-

über hinaus nicht umfassend. So fehlen zum Beispiel die Physiotherapie und andere ambulante Behandlungen (ebd.).

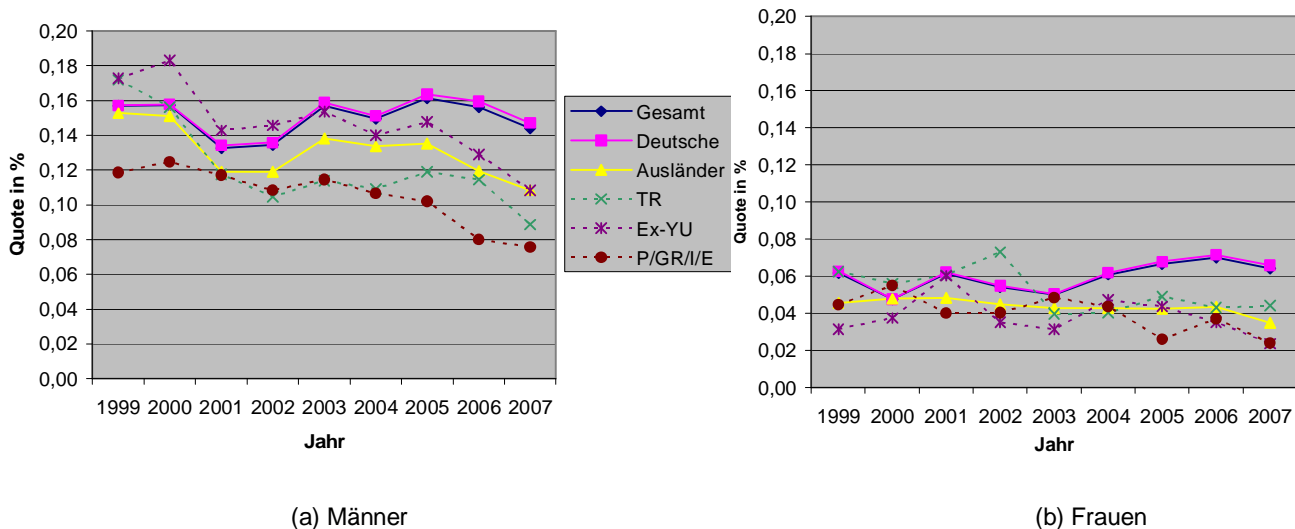
Wie bei der Berechnung von AU- und BK-Quoten wurden in Ermangelung von Daten zu DGUV-Versicherten, Daten der Bundesagentur für Arbeit zu sozialversicherungspflichtig Beschäftigten der gewerblichen Wirtschaft herangezogen, um Inanspruchnahmequoten zu berechnen. Diese Quoten beschreiben somit das Verhältnis von Inanspruchnahmen bedingt durch Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten in der gewerblichen Wirtschaft in einem Jahr und der Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten der gewerblichen Wirtschaft in diesem Jahr.

Abb. 14a zeigt die Anzahl von Inanspruchnahmen von Maßnahmen medizinischer Rehabilitation der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung innerhalb der gewerblichen Wirtschaft pro 100 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Staatsangehörigkeit und Jahr bei Männern. Während die Quote bei Deutschen über die Zeit konstant bleiben, zeigt sich bei der Gesamtheit ausländischer Personen sowie bei den betrachteten ausländischen Staatsangehörigkeiten ein rückläufiger Trend der Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen – ein Phänomen, auf das auch schon Untersuchungen mit Fokus auf Daten der DRV hingewiesen haben (Meinlschmidt 2007; Meinlschmidt 2009). Bei den ausländischen Frauen verhält es sich ähnlich Abb. 14b).



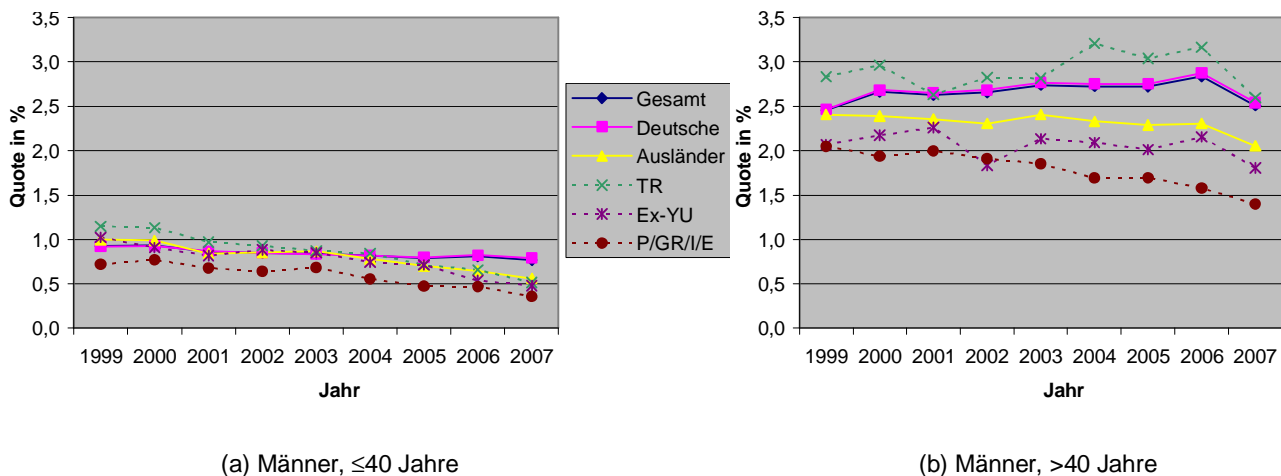
Ü Abb. 14 a/b: Quote aus der Anzahl von Inanspruchnahmen von Maßnahmen medizinischer Rehabilitation der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung innerhalb der gewerblichen Wirtschaft und der Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter nach Staatsangehörigkeit und Jahr, Männer (a) und Frauen (b). (Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Daten aus der Reha-Maßnahmen-Statistik der DGUV und der Beschäftigungsstatistik der BA)

Ausländische Personengruppen weisen bei der DGUV auch eine geringere Inanspruchnahme von Leistungen der beruflichen Rehabilitation auf, wobei die Quoten in der zeitlichen Betrachtung ähnliche Verlaufsmuster zeigen (Abb. 15 a/b).



Ü Abb. 15 a/b: Quote aus der Anzahl von Inanspruchnahmen von Maßnahmen beruflicher Rehabilitation der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung innerhalb der gewerblichen Wirtschaft und der Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter nach Staatsangehörigkeit und Jahr. (Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Daten aus der Reha-Maßnahmen-Statistik der DGUV und der Beschäftigungsstatistik der BA)

Nach dem Alter stratifiziert wird deutlich, dass sich auch bei Deutschen ein Rückgang der Inanspruchnahme im 8-Jahreszeitraum zeigt. Dieser fällt jedoch deutlich geringer als bei Ausländerinnen und Ausländern aus (Abb. 16a). In der Gruppe der über 40-Jährigen ist bei Deutschen und türkischen Personen kein Rückgang zu erkennen. Darüber hinaus liegt die Inanspruchnahme türkischer Personen, im Gegensatz zu den anderen Personengruppen ausländischer Staatsangehörigkeit, über der der Deutschen.



Ü Abb. 16 a/b: Quote aus der Anzahl von Inanspruchnahmen von Maßnahmen medizinischer und beruflicher Rehabilitation der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung innerhalb der gewerblichen Wirtschaft und der Anzahl von sozialversicherungspflichtig Beschäftigten nach Staatsangehörigkeit und Jahr. (Quelle: Eigene Berechnung auf Basis der Reha-Maßnahmen-Statistik der DGUV und der Beschäftigungsstatistik der BA)

### 3.2.3 Inanspruchnahme von Leistungen der Deutschen Rentenversicherung

An Hand von Individualdaten des Scientific Usefile „Abgeschlossene Rehabilitationen 2006“ wurde mittels eines statistischen Modells die Chance für einen Rehabilitanden/eine Rehabilitandin der DRV untersucht, eine ausländische Staatsbürgerschaft zu besitzen, und in Form von Odds Ratios angegeben. Das ist gleichbedeutend mit der Untersuchung von Faktoren, die mit einem Ausländerstatus assoziiert sind. Hierdurch ist es möglich, eine differenzierte Aussage über die soziodemographischen und gesundheitlichen Merkmale derjenigen zu machen, die Maßnahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation (LTA) von der DRV in Anspruch nehmen. Auf diese Weise können mögliche Unterschiede und Gemeinsamkeiten in der Zusammensetzung zwischen den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden der einzelnen Staatsangehörigkeiten identifiziert werden. Faktoren, die mit dem Ausländerstatus assoziiert sind, werden für die Staatsangehörigkeiten separat modelliert. Vergleichsgruppe sind jeweils Personen deutscher Staatsangehörigkeit. Dadurch entstehen jeweils vier Modelle für die medizinische und berufliche Rehabilitation:

- Deutsche vs. Ausländer/innen
- Deutsche vs. Personen aus der Türkei (TR)
- Deutsche vs. Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien (Ex-YU)
- Deutsche vs. Personen aus Spanien/Portugal/Italien/Griechenland (E/P/I/GR)

Es wurde ein explorativer Zugang gewählt. Für die medizinische Rehabilitation wurde als unabhängige Variablen das Geschlecht, der Familienstand, die Stellung im Beruf, der Erwerbsstatus, Arbeitsunfähigkeitszeiten in den letzten 12 Monaten vor der Inanspruchnahme der Rehabilitation und die Entlassungsform berücksichtigt. Für die berufliche Rehabilitation wurden als unabhängige Variablen das Geschlecht, die Stellung im Beruf, die Erledigungsart<sup>4</sup> sowie die Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation im Vorfeld der LTA herangezogen. Die Odds Ratios sind in beiden Fällen adjustiert für die jeweils dargestellten Variablen, sowie für Alter und die Dauer der medizinischen bzw. beruflichen Rehabilitationsmaßnahme (siehe die Tabellen im Anhang B.C für die Deskription der einzelnen Variablen).

#### *Medizinische Rehabilitation*

Insgesamt haben im Jahr 2006 779.264 Menschen Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation von der Deutschen Rentenversicherung in Anspruch genommen, von denen ca. 95,1% eine deutsche Staatsangehörigkeit besaßen. 1,4% hatten eine türkische, 1,2% eine ehemals

---

<sup>4</sup> Die Erledigungsart erlaubt eine Aussage darüber, welche versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Maßnahme maßgeblich waren.

jugoslawische und 1,0% eine spanische, portugiesische, italienische oder griechische Staatsangehörigkeit<sup>5</sup>.

Die Auswertung zeigt, dass sich ausländische Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in einigen soziodemographischen Merkmalen von deutschen Inanspruchnehmerinnen und Inanspruchnehmern unterscheiden. Darüber hinaus wird deutlich, dass es sich bei Personen ausländischer Staatsangehörigkeit um eine heterogene Gruppe handelt, da auch zwischen den einzelnen ausländischen Staatsangehörigkeiten Unterschiede bestehen.

So sind Personen ausländischer Staatsangehörigkeit allgemein mit durchschnittlich 48,2 Jahren (SD=10,5 Jahre) geringfügig jünger als Deutsche (Mittelwert= 48,8 Jahre; SD=14,2 Jahre), wohingegen Personen mit einer Staatsangehörigkeit der Türkei (Mittelwert=45,4 Jahre; SD=11,0 Jahre), dem ehemaligen Jugoslawien (Mittelwert=51,6 Jahre; SD=9,5 Jahre) und Portugal/Spanien/Italien/Griechenland (Mittelwert=50,0 Jahre; SD=10,1 Jahre) in ihrem Alter stärker als der ausländische Durchschnitt von deutschen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden abweichen.

Unabhängige Variablen	Ausländer (n=31.177)		TR (n=8.854)		Ex-YU (n=7.327)		E//GR/P (n=6.211)	
	OR <sup>+</sup>	95%-CI	OR <sup>+</sup>	95%-CI	OR <sup>+</sup>	95%-CI	OR <sup>+</sup>	95%-CI
<b>Männlich (vs. Weiblich)</b>	1,27*	1,23 1,30	1,32*	1,26 1,39	0,91*	0,86 0,96	1,46*	1,37 1,54
<b>Verheiratet (vs. ledig)</b>	2,73*	2,61 2,84	5,14*	4,73 5,58	2,71*	2,46 2,98	1,81*	1,67 1,98
<b>Un-/angelernt (vs. Facharbeiter etc.)</b>	4,70*	4,58 4,82	6,22*	5,93 6,53	4,82*	4,58 5,07	5,07*	4,80 5,35
<b>Arbeitslos (vs. ganztags beschäftigt)</b>	1,21*	1,17 1,26	1,44*	1,35 1,53	1,02	,94 1,10	0,86*	0,79 0,94
<b>Diszipl. Entlassung (vs. Reguläre)</b>	1,75*	1,52 2,02	1,63*	1,29 2,07	2,19*	1,52 3,14	2,15*	1,57 2,94
<b>AU-Zeiten 3-6 Monate (vs. keine)</b>	1,33*	1,27 1,38	1,36*	1,26 1,46	1,60*	1,47 1,74	1,42*	1,29 1,55
<b>AU-Zeiten &gt;6 Monate (vs. keine)</b>	1,55*	1,49 1,62	1,73*	1,61 1,86	1,72*	1,59 1,87	1,52*	1,39 1,66
<b>Leistung wg. Psychischer Krankheiten (vs. normale Leistung)</b>	1,27*	1,22 1,32	1,92*	1,81 2,04	1,31*	1,22 1,41	1,04	0,96 1,13

\* jeweils adjustiert für die dargestellten Variablen sowie Alter und Dauer der Rehabilitation; \* p<0,05

Ü Tab. 13: Charakteristika von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die im Jahr 2006 Leistungen der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Gesetzlichen Rentenversicherung in Anspruch genommen haben, nach Staatsangehörigkeit, Odds Ratios (Quelle: Eigene Berechnung auf Grundlage von Daten aus der Reha-Statistik-Datenbasis der DRV)

Im Durchschnitt sind ausländische Rehabilitanden im Vergleich zu deutschen zu einem größeren Anteil männlich und deutlich häufiger verheiratet als Deutsche (siehe Tab. 13). Bei türkischen Personen ist die Chance verheiratet zu sein mit einem OR von über 5 deutlich größer. Zieht man die Ehe als Indikator für soziale Unterstützung heran, kann man von ei-

<sup>5</sup> Aus datenschutzrechtlichen Gründen erfolgte die Analyse auf Grundlage einer 80%-Stichprobe (n=634.529) der abgeschlossenen medizinischer Rehabilitationen des Jahres 2006.

nem höheren Grad an sozialer Eingebundenheit bei Personen ausländischer – und insbesondere türkischer – Staatsangehörigkeit ausgehen.

Alle ausländischen Staatsangehörigkeitsgruppen haben in der Zeit vor der Rehabilitation außerdem längere Arbeitsunfähigkeitszeiten (3-6 Monate: OR=1,3; mehr als 6 Monate: OR=1,6) als Deutsche und werden laut ärztlichem Entlassungsbericht teilweise mehr als doppelt so häufig wie Personen deutscher Staatsangehörigkeit aus disziplinarischen Gründen aus der medizinischen Rehabilitation entlassen.<sup>6</sup> Längere Arbeitsunfähigkeitszeiten im Vorfeld der Rehabilitation sind ein Indikator für einen schlechteren Gesundheitszustand, womöglich bedingt durch ungünstigere Arbeitsbedingungen. Die höhere Chance für disziplinarische Entlassungen kann auf Durchführungsbarrieren in der Rehabilitation hinweisen.

Darüber hinaus werden in der Auswertung große Unterschiede im sozioökonomischen Status zwischen Personen deutscher und ausländischer Staatsangehörigkeit deutlich. Ausländer sind im Vergleich zu Deutschen hinsichtlich ihrer beruflichen Stellen fast fünfmal so häufig – türkische Personen mehr als sechsmal so häufig – nur ungelernt oder angelernt (OR=4,6; 95%-CI: 4,3-5,0).

### *Berufliche Rehabilitation*

Im 2006 haben 72.676 Menschen eine Maßnahme der beruflichen Rehabilitation von der Deutschen Rentenversicherung in Anspruch genommen, von denen ca. 96,9% eine deutsche Staatsangehörigkeit besaßen. 0,9% hatten eine Staatsangehörigkeit der Türkei, 0,6% des ehemaligen Jugoslawiens und 0,6% aus Spanien, Portugal, Italien oder Griechenland.<sup>7</sup>

Im Vergleich zur medizinischen Rehabilitation unterscheiden sich ausländische Rehabilitandinnen und Rehabilitanden der beruflichen Rehabilitation in geringerem Maße von deutschen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die die gleichen Angebote in Anspruch nehmen (Tab. 14).

---

<sup>6</sup> Disziplinarische Entlassungen können dann veranlasst werden, wenn das Verhalten eines Rehabilitanden einen „ordnungsgemäßen Rehabilitationsverlauf nachhaltig in Frage stellt oder wenn er während der Rehabilitation berechnigte Interessen oder Rechte Dritter erheblich beeinträchtigt“ (Deutsche Rentenversicherung Bund 2007).

<sup>7</sup> Aus datenschutzrechtlichen Gründen erfolgte die Analyse auf Grundlage einer 80%-Stichprobe (n=70.050) der abgeschlossenen beruflichen Rehabilitationen des Jahres 2006.



Unabhängige Variablen	Ausländer (n=2.204)			TR (n=610)			Ex-YU (n=421)			E//GR/P (n=431)		
	OR	95%-CI		OR	95%-CI		OR	95%-CI		OR	95%-CI	
Männlich (vs. weiblich)	1,70*	1,52	1,90	2,44*	1,92	3,10	1,22	0,97	1,54	1,89*	1,46	2,45
Un-/angelernt (vs. Facharbeiter etc.)	2,44*	2,21	2,70	2,73*	2,28	3,28	2,70*	2,17	3,35	2,69*	2,17	3,33
Erledigungsart: Wartezeit von 15J. erfüllt vs. Rente wg. Erwerbsminderung	1,00	0,77	1,31	0,79	0,49	1,28	1,03	0,57	1,86	0,94	0,50	1,76
Erledigungsart: ohne LTA wäre Erwerbsminderungsrente zu zahlen vs. Rente wg. Erwerbsminderung	0,88	0,42	1,85	0,93	0,28	3,11	1,80	0,52	6,28	0,68	0,09	5,16
LTA im Anschluss n. med. Reha (vs. nicht im Anschluss n. med. Reha)	1,59*	1,33	1,90	0,94	0,64	1,36	2,97*	2,15	4,11	1,52*	1,02	2,28

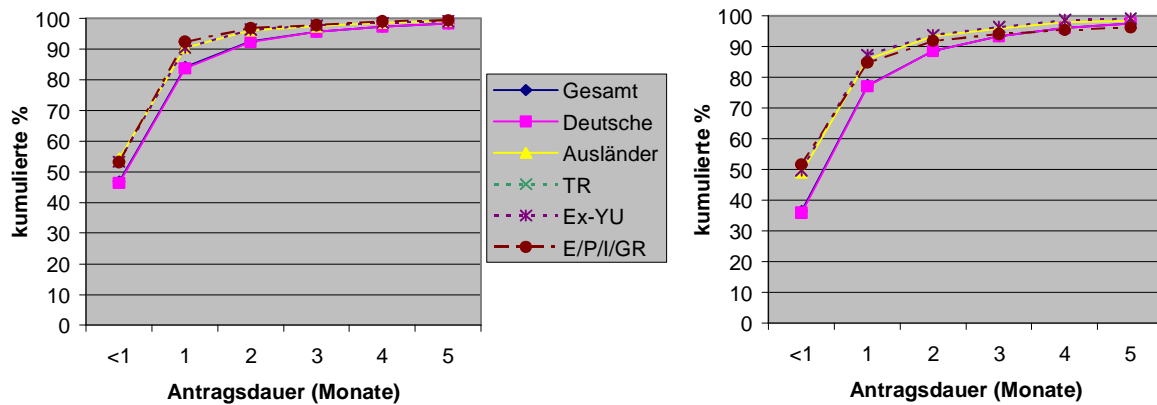
\* jeweils adjustiert für die dargestellten Variablen sowie Alter und Dauer der Rehabilitation; \* p<0,05

Ü Tab. 14: Charakteristika von Rehabilitanden, die im Jahr 2006 Leistungen der beruflichen Rehabilitation von Deutschen Gesetzlichen Rentenversicherung in Anspruch genommen haben, nach Staatsangehörigkeit, Odds Ratios (Quelle: Eigene Berechnung auf Grundlage von Daten aus der Reha-Statistik-Datenbasis der DRV)

Deutlich werden aber auch hier die höheren Anteile von Männern bei Ausländern gesamt, Personen mit einer Staatsangehörigkeit aus der Türkei und Spanien/Portugal/Italien/Griechenland sowie der geringere soziale Status. Alle Ausländerinnen und Ausländer sind fast dreimal so häufig nur un- oder angelernt wie Rehabilitandinnen und Rehabilitanden deutscher Staatsangehörigkeit. Ausländische Personen nehmen Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation im Allgemeinen häufiger nach Abschluss einer medizinischen Rehabilitation in Anspruch als Deutsche. Dieses gilt vor allem für Personen mit einer Staatsangehörigkeit aus dem ehemaligen Jugoslawien, deren LTA-Inanspruchnahme dreimal so häufig eine medizinische Rehabilitation vorangeht als bei Deutschen. Bei Personen türkischer Staatsangehörigkeit ist hingegen kein Unterschied im Übergang von der medizinischen in die berufliche Rehabilitation festzustellen.

### *Dauer der Antragstellung*

Die Individualdaten der DRV ermöglichen ferner einen Vergleich zwischen Personen deutscher und ausländischer Staatsangehörigkeit hinsichtlich der Dauer des Antragsverfahrens zur medizinischen Rehabilitation (Abb. 17 a/b). Wie die Untersuchung der Dauer des BK-Feststellungsverfahrens, erlaubt der Vergleich der Dauer der Antragstellung bei der Deutschen Rentenversicherung es, mögliche Zugangsbarrieren zu den Rehabilitationsangeboten der DRV zu identifizieren.



(a) Männer

(b) Frauen

Ü Abb. 17 a/b: Dauer der Antragstellung bei Inanspruchnehmerinnen und Inanspruchnehmern medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen der Deutschen Rentenversicherung, 2006, Männer (a) und Frauen (b), kumulierte Häufigkeiten. (Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Daten aus der Reha-Statistik-Datenbasis der DRV)

Die Analyse zeigt, dass die Dauer des Antragsverfahrens bei Personen, die medizinische Rehabilitationsleistungen der DRV in Anspruch nehmen, relativ kurz ist und sich zwischen den Staatsangehörigkeiten nur geringfügig unterscheidet. Bei knapp 84% der männlichen deutschen Rehabilitanden und 90% der männlichen ausländischen Rehabilitanden hat die Antragstellung einen Monat oder weniger gedauert. Bei Frauen ist der Unterschied zwischen beiden Gruppen nach einem Monat mit 9 Prozentpunkten etwas größer, gleicht sich aber auch hier mit zunehmender Antragsdauer an.

Diese geringfügigen Unterschiede bleiben auch nach Kontrolle für das Alter und die berufliche Stellung vor Inanspruchnahme der Rehabilitation bestehen (Tab. 15).

	Dauer der Antragstellung (in Monaten) (medizinische Rehabilitation)	Dauer der Antragstellung (in Monaten) (berufliche Rehabilitation)
	Mittelwert (adjustiert für Alter und Stellung im Beruf )	Mittelwert (adjustiert für Alter und Stellung im Beruf )
<b>Deutschland</b>	0,98	5,38
<b>Türkei</b>	0,79*	3,52*
<b>Ex-YU</b>	0,82*	4,82
<b>P/GR/I/E</b>	0,77*	5,02

\* im Vergleich zu Deutschland signifikant unterschiedlich (p<0,05)

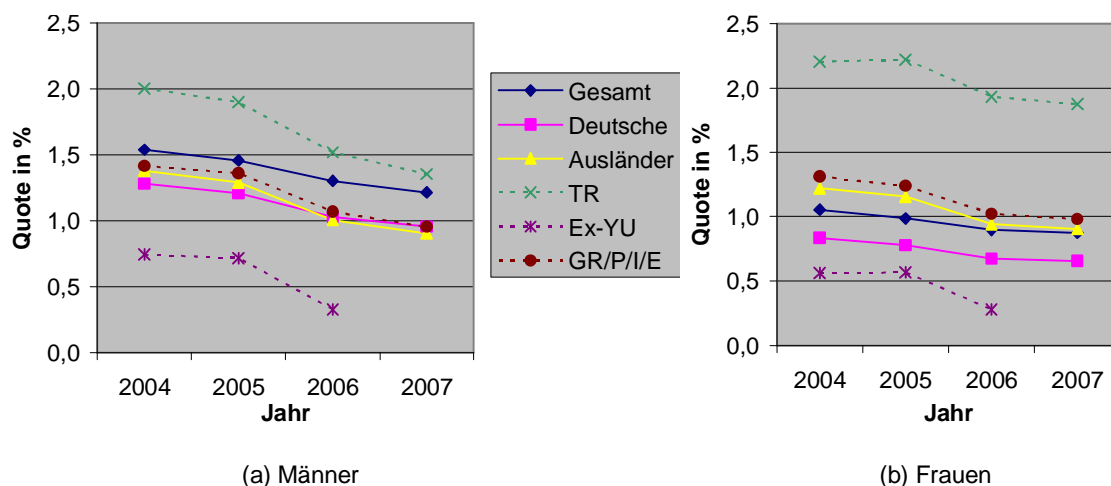
Ü Tab. 15: Dauer der Antragstellung bei Inanspruchnehmerinnen und Inanspruchnehmern medizinischer und beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen der Deutschen Rentenversicherung, 2006. (Quelle: Eigene Berechnung auf Basis von Daten aus der Reha-Statistik-Datenbasis der DRV)

In der beruflichen Rehabilitation zeigt sich im Hinblick auf die Dauer der Antragstellung die gleiche Tendenz bei den Gruppenunterschieden, wenngleich die Unterschiede hier etwas größer ausfallen (Tab. 15). Weder bei der Beantragung einer medizinischen noch bei der Beantragung einer beruflichen Rehabilitation dauert die Antragstellung länger als bei Deutschen. Zugangsbarrieren, die sich in der Durchführung der Beantragung einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme bei der DRV niederschlagen, sind daher nicht festzustellen.

### 3.2.4 Rehabilitanden bei der Bundesagentur für Arbeit

Die „Statistik zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben (Rehabilitanden)“ erlaubt Aussagen über den Bestand der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bei der Bundesagentur für Arbeit, stratifiziert nach den vier Staatsangehörigkeitsgruppen „Deutschland“, „Türkei“, „ehemaliges Jugoslawien“, „Portugal/Spanien/Italien/Griechenland“. In dieser Statistik sind Personen erfasst, bei denen nach § 19 SGB III die Entscheidung getroffen wurde, dass ein Rehabilitationsfall vorliegt und somit Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben benötigt werden. Die Daten wurden von der Bundesagentur für Arbeit nach Alter, Geschlecht und Staatsangehörigkeit stratifiziert zur Verfügung gestellt. Zur Berechnung von Rehabilitandenquoten wurden Daten zu sozialversicherungspflichtig Beschäftigten herangezogen. Unserer Recherche nach wurden die oben genannte Statistik bisher nicht im Kontext von Migration ausgewertet.

Die absolute Anzahl von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der Bundesagentur für Arbeit ist im Betrachtungszeitraum 2004 bis 2007 rückläufig. Während der Bestand 2004 noch 350.062 Personen umfasste, waren es 2007 284.919 Personen (siehe Tabellen im Anhang B.D1). Ebenso veränderte sich auch die entsprechende Anzahl von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden pro 100 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte, die im Betrachtungszeitraum von 1,5% auf 1,2% bei Männern und 1,1% auf 0,9% bei Frauen sank, wobei Unterschiede in Abhängigkeit zur Staatsangehörigkeit deutlich werden (Abb. 18a/b; Tabellen im Anhang B.D2).



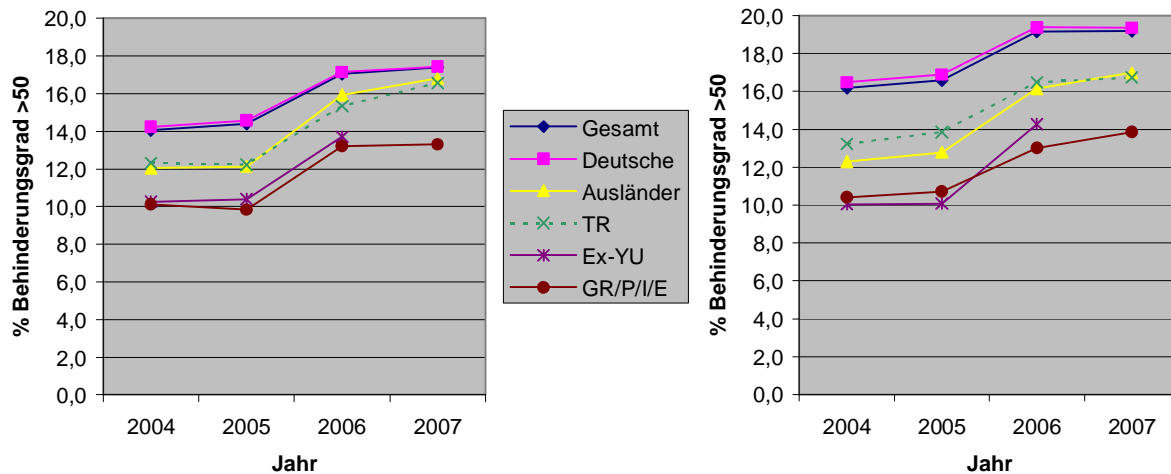
Ü Abb. 18 a/b: Quote aus der Anzahl von Rehabilitanden bei der Bundesagentur für Arbeit und der Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter nach Staatsangehörigkeit und Jahr, Männer (a) und Frauen (b). (Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Statistik der Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben – Rehabilitanden und der Beschäftigungsstatistik der BA)

Männliche Personen mit einem deutschen und ausländischen Hintergrund sowie männliche Personen mit einer Staatsangehörigkeit aus Spanien/Portugal/Italien/Griechenland sind in etwa proportional gleich häufig Rehabilitanden bei der Bundesagentur für Arbeit. Die Anzahl von männlichen Rehabilitanden pro 100 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ist unter

türkischen Männern höher, unter Männern mit einer Staatsangehörigkeit aus dem ehemaligen Jugoslawien hingegen geringer als bei deutschen Männern oder im Ausländerdurchschnitt. Die Kurvenverläufe sind bei Frauen ähnlich, wenngleich die Unterschiede zwischen den Staatsangehörigkeitsgruppen hier ausgeprägter als bei Männern ausfallen: So sind türkische Frauen fast dreimal so häufig Rehabilitandinnen bei der BA wie deutsche Frauen (Abb. 18a/b). Eine altersspezifische Auswertung ergibt, dass die Rehabilitandenquoten sowohl bei den ausländischen Männern als auch Frauen in der Altersgruppe <40 Jahre unter denen der gleichaltrigen Deutschen liegen (siehe Abb. A 9a/b im Anhang).

Das Spektrum der Diagnosen, die zu einer Behinderung geführt haben, ist im Verhältnis zueinander – mit Ausnahme erhöhter Anteile psychischer Erkrankungen bei Türkinnen und Türken – zwischen den einzelnen Staatsangehörigkeiten ähnlich (siehe Abb. A 10 im Anhang), wobei sich in Bezug auf die diagnosespezifischen Quoten aus der Anzahl von männlichen und weiblichen Rehabilitanden und der Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter vergleichbare Muster wie bei einer diagnoseübergreifenden Betrachtung zeigen. Die Unterschiede fallen hier teilweise etwas größer aus. Abb. A 11 im Anhang zeigt die Anzahl von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der BA, die unter psychischen, geistigen oder neurologischen Erkrankungen leiden pro 100 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Staatsangehörigkeit und Jahr. Während sich die Rehabilitandenquoten bei dieser Diagnose zwischen Personen deutscher und ausländischer Staatsangehörigkeit kaum unterscheiden, sind die entsprechenden Quoten bei türkischen Männern höher – ein Unterschied, der bei Frauen noch stärker ausgeprägt ist. Geringer ausgeprägte, aber ähnliche Unterschiede finden sich auch für Behinderungen wegen Erkrankungen des Bewegungsapparates (siehe Abb. A 12 im Anhang). Diese Unterschiede sind abhängig von der Diagnose nicht über alle Altersgruppen konstant. So zeigt sich zum Beispiel für Behinderung wegen Erkrankungen des Bewegungsapparates, dass ausländische Personen in jüngeren Altersgruppen seltener als Deutsche betroffen sind (Abb. A 13a/b im Anhang).

Während die Rehabilitandenquoten ausländischer Frauen mit Ausnahme derjenigen mit einer Staatsangehörigkeit aus dem ehemaligen Jugoslawien höher als bei deutschen sind und auch türkische Männer höhere Quoten als deutsche aufweisen, sind ihre Behinderungsgrade geringer. So sind die Anteile von Behinderungsgraden >50 an allen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sowohl bei ausländischen Männern als auch bei ausländischen Frauen niedriger als bei deutschen (Abb. 19). Das heißt, bei gleicher oder höherer Rehabilitandenquote weisen ausländische Gruppen zu einem höheren Anteil einen geringeren Grad von Behinderung auf. Der Behinderungsgrad steigt mit dem Alter an, wobei keine altersspezifischen Unterschiede zwischen den Staatsangehörigkeiten sichtbar werden (nicht dargestellt).



(a) Männer

(b) Frauen

Ü Abb. 19 a/b: Anteil von Personen mit einem Behinderungsgrad >50 an allen Rehabilitanden bei der Bundesagentur für Arbeit, nach Staatsangehörigkeit und Jahr, Männer (a) und Frauen (b). (Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Statistik der Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben – Rehabilitanden der BA)

Durchschnittlich schließen pro Jahr 10% der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden die Rehabilitation bei der Bundesagentur ab. Hier lassen sich im Vergleich der Staatsangehörigkeiten keine oder nur marginale Unterschiede in der Häufigkeit von Einmündungen in einen Beruf/eine Selbstständigkeit erkennen (Abb. A 15a/b im Anhang).

Da die Datenbanken der Bundesagentur für Arbeit kürzlich auf ein neues System umgestellt wurden, war zum Zeitpunkt des Projektes nur eine eingeschränkte Analyse der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in Maßnahmen aus der Statistik zur Förderung der Rehabilitation möglich. Alles in allem zeigt sich hier allerdings, dass das Verhältnis von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in Maßnahmen pro 100 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte dem aufgezeigten Trend bei den Rehabilitandenquoten entspricht (siehe Abb. A 16 im Anhang).

### 3.3 Rehabilitationsabschluss und Frühberentung

#### 3.3.1 Modellierung der Leistungsfähigkeit nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation

Wie bereits beschrieben sind Frühberentungsquoten bei Ausländerinnen und Ausländern höher als bei Deutschen. Als Ursachen dafür werden neben einer geringeren Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation vor allem ein geringerer Rehabilitationserfolg bei ausländischen Personen im Vergleich zu Deutschen vermutet. Mögliche Gründe hierfür sind bisher nur unzureichend beschrieben. Mit Hilfe von Individualdaten der Deutschen Renten-

versicherung Bund war es daher das Ziel aufzeigen, inwieweit sich Unterschiede im Erfolg der medizinischen Rehabilitation – operationalisiert über die berufliche Leistungsfähigkeit nach Abschluss der Rehabilitation – auf soziodemographische und gesundheitliche Unterschiede zwischen Deutschen und ausländischen Personen zurückführen lassen.

Die Datenbasis, mit der die Leistungsfähigkeit nach Abschluss der medizinische Rehabilitation modelliert wurde, ist die gleiche, die zur Beschreibung der Charakteristika von Inanspruchnehmerinnen und Inanspruchnehmern rehabilitativer Leistungen bei der DRV herangezogen wurde (siehe Kapitel 3.2.3).

Als abhängige Variable der logistischen Modellierung wurde entsprechend eine Leistungsfähigkeit von mehr als 3 Stunden bezogen auf einen neuen Beruf sowie den letzten Beruf, der vor der Rehabilitationsmaße ausgeübt wurde, herangezogen, wie sie sich auf Grundlage des ärztlichen Entlassungsberichtes ergibt. Mittels eines logistischen Regressionsmodells wurde untersucht, inwieweit sich eine geringe Leistungsfähigkeit (3 Stunden oder weniger) nach Abschluss der Rehabilitation durch soziodemographische (Alter, Geschlecht, Familienstand, Wohnort, Erwerbsstatus, Beruf und berufliche Stellung) und gesundheitliche Faktoren (Diagnose, Arbeitsunfähigkeit vor der Rehabilitation) erklären lässt. Die Analyse folgte dem methodischen Vorgehen bei der Auswertung der SOEP-Daten.

Insgesamt standen für die Analyse Datensätze von 634.529 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, einer 80%-Stichprobe aller abgeschlossenen Rehabilitationen im Jahr 2006, zur Verfügung, von denen 4,9% (n=31.177) eine ausländische Staatsbürgerschaft besaßen (siehe Kapitel 3.2.3 für weitere Details der Stichprobenbeschreibung).

	Ausländer (n=31.177)		TR (n=8.854)		Ex-YU (n=7.327)		E//GR/P (n=6.211)	
<b>Leistungsfähigkeit &lt;3Std. im <u>letzten</u> Beruf</b>	OR	95%-CI	OR	95%-CI	OR	95%-CI	OR	95%-CI
<i>Roh</i>	1,50*	1,46-1,55	1,63*	1,55-1,72	1,82*	1,73-1,93	1,33*	1,25-1,42
<i>Adjustiert für soziodemographische Merkmale</i>	1,35*	1,31-1,40	1,54*	1,46-1,63	1,59*	1,50-1,68	1,18*	1,10-1,26
<i>Adjustiert für soziodemographische Merkmale und Gesundheitszustand</i>	1,20*	1,16-1,24	1,23*	1,16-1,30	1,46*	1,38-1,56	1,06	0,98-1,14
<b>Leistungsfähigkeit &lt;3Std. im <u>neuen</u> Beruf</b>								
<i>Adjustiert für soziodemographische Merkmale und Gesundheitszustand</i>	1,14*	1,07-1,21	1,23*	1,11-1,36	1,25*	1,20-1,39	1,05	0,93-1,20

\*p<0,05

Ü Tab. 16: Odds Ratios für eine Leistungsfähigkeit nach Abschluss der Rehabilitation von weniger als 3 Stunden im letzten Beruf, der vor der Rehabilitationsmaßnahme ausgeübt wurde, bzw. einem neuen Beruf (im Vergleich zu Deutschen). (Quelle: Eigene Berechnung auf Grundlage der Reha-Statistik-Datenbasis der DRV)

Die rohe Odds Ratio (OR) für eine Leistungsfähigkeit von weniger als 3 Stunden im zuvor ausgeübten Beruf beträgt für ausländische Personen im Vergleich zu Deutschen 1,50. Nach Kontrolle für soziodemographische Faktoren sinkt die OR auf 1,35 und beträgt nach zusätzlicher Adjustierung für gesundheitliche Faktoren 1,20. Der geringere Rehabilitationserfolg von Ausländerinnen und Ausländern im Vergleich zu Deutschen lässt sich somit zum Teil auf soziodemographische und gesundheitliche Unterschiede zwischen beiden Gruppen zurückführen. Doch auch unter Berücksichtigung eines möglicherweise schlechteren Gesundheitszustandes und eines geringeren sozioökonomischen Status ist die Chance eines „nicht-erfolgreichen“ Abschlusses der medizinischen Rehabilitation bei Ausländerinnen und Ausländern im Vergleich zu Deutschen erhöht. Während sich die Situation bei Personen türkischer Staatsangehörigkeit ähnlich darstellt, haben Personen mit einer Staatsangehörigkeit aus dem ehemaligen Jugoslawien im Vergleich zu Deutschen gar eine 1,5-fache Chance, die medizinische Rehabilitation mit einer Leistungsfähigkeit von weniger als 3 Stunden im zuletzt ausgeübten Beruf abzuschließen wie Deutsche.

Auch Personen mit einer Staatsangehörigkeit aus Portugal, Spanien, Italien und Griechenland haben im rohen Vergleich der Erfolgsquoten eine höhere Chance als Deutsche, die medizinische Rehabilitation mit einer geringen Leistungsfähigkeit abzuschließen. Nach Kontrolle für soziodemographische und gesundheitliche Faktoren besteht jedoch kein signifikanter Einfluss des Ausländerstatus mehr. Das heißt, Unterschiede zwischen Personen mit einer Staatsangehörigkeit aus Deutschland und Portugal, Spanien, Italien und Griechenland im erfolgreichen Abschluss der medizinischen Rehabilitation sind durch soziodemographische und gesundheitliche Unterschiede beider Gruppen zu erklären. Bei Personen mit einer Staatsangehörigkeit aus dem ehemaligen Jugoslawien, der Türkei und bei Ausländern insgesamt ist dieses nicht der Fall.

Die Ergebnisse stimmen mit anderen Studien überein (siehe weiterführend Kapitel 2). Maier et al. (2008) verglichen den Erfolg der medizinischen Rehabilitation – operationalisiert über ein nicht verbessertes Behandlungsergebnis nach Abschluss der Rehabilitation – zwischen Personen deutscher und türkischer Herkunft. Sie fanden heraus, dass Migranten insbesondere bei Muskel- und Skeletterkrankungen sowie bei psychischen Störungen doppelt so häufig wie Deutsche die Rehabilitation abschließen, ohne dass sich ihr Behandlungszustand gebessert hat. Der Grund für die geringere Leistungsfähigkeit bei Migrantinnen und Migranten nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme sowie für andere Erfolgsparameter liegt vermutlich in migrationsspezifischen und systembedingten Faktoren, die eine bedarfs- und bedürfnisgerechte rehabilitative Versorgung bei dieser Personengruppe behindern. Zahlreiche Untersuchungen haben im Zusammenhang mit Migrantinnen und Migranten sprachliche Barrieren sowie Besonderheiten in Aspekten wie Gesundheits- und Krankheitskonzepten aufgezeigt, die auch für Unterschiede im Rehabilitationserfolg verantwortlich sein könnten

(Algül/Mielck 2005; Assion et al. 1999; Berg 2001; Wunn 2006). Nicht zuletzt haben sie womöglich einen Einfluss auf die Kommunikation und Interaktion während des Rehabilitationsprozesses – eine Vermutung, auf die in Kapitel 4 näher eingegangen wird.

### **3.3.2 Arbeitsunfall- und Berufskrankheiten-Renten**

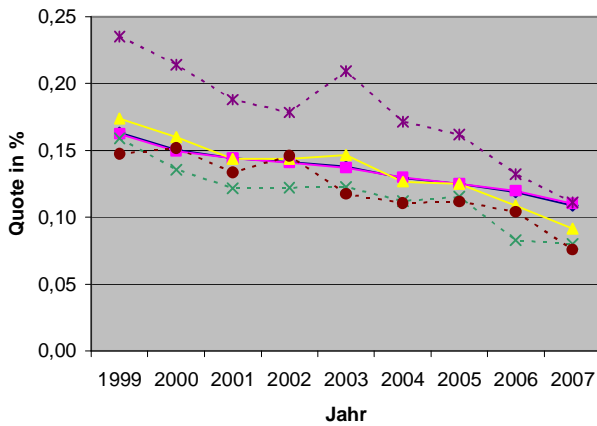
Angaben zu Arbeitsunfall- und Berufskrankheitenrenten aus der Statistik der Neuen Arbeitsunfallrenten und der Neuen Berufskrankheitenrenten wurden vom Datenhalter stratifiziert nach Staatsangehörigkeiten, Alter und Geschlecht zur Verfügung gestellt. Bei Arbeitsunfallrenten handelt es sich um „Arbeits- oder Wegeunfälle mit so schweren Folgen, dass es im Berichtsjahr erstmals zu einer Entschädigung in Form einer Rente bzw. Abfindung oder zur Zahlung von Sterbegeld gekommen ist“ (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung 2009). Neue Berufskrankheitenrenten als Teilmenge der anerkannten Berufskrankheiten bezeichnen Fälle, die wegen einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MDE) rentenberechtigt oder an den Folgen einer Berufskrankheit verstorben sind (ebd.).

Wie bei der Beschreibung der Häufigkeit von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten wurden zur Berechnung von AU-/BK-Rentenquoten Daten zu sozialversicherungspflichtig Beschäftigten der gewerblichen Wirtschaft herangezogen. AU-/BK-Rentenquoten bezeichnen somit das Verhältnis der Anzahl neuer Arbeitsunfall- bzw. neuer Berufskrankheitenrenten in der gewerblichen Wirtschaft eines Jahres zu der Gesamtzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der gewerblichen Wirtschaft dieses Jahres. Die Limitationen dieses methodischen Vorgehens werden in Kapitel 3.4 erläutert.

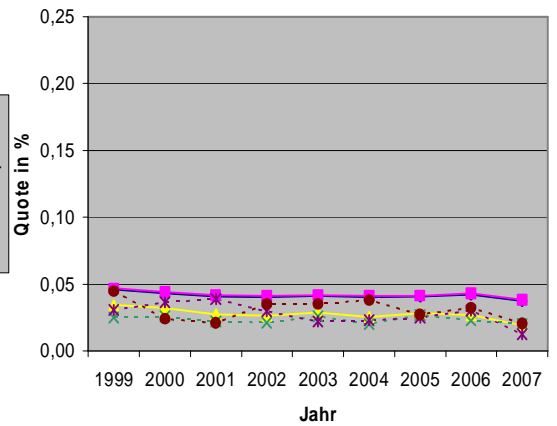
#### *Arbeitsunfallrenten*

Korrespondierend mit der abnehmenden Anzahl von Arbeitsunfällen pro 100 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (siehe Kapitel 3.1.1), nehmen auch die Arbeitsunfallrenten (pro 100 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte) im Betrachtungszeitraum 1999-2007 ab (Abb. 20a/b). Während hinsichtlich dieser keine oder nur geringe Unterschiede zwischen deutschen und ausländischen Männern bestehen, werden Unfallrenten an männliche Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien häufiger als an die anderen Personengruppen ausgezahlt – ein Unterschied, der zum Ende des Beobachtungszeitraums hin jedoch geringer wird und im Jahr 2007 nicht mehr besteht.





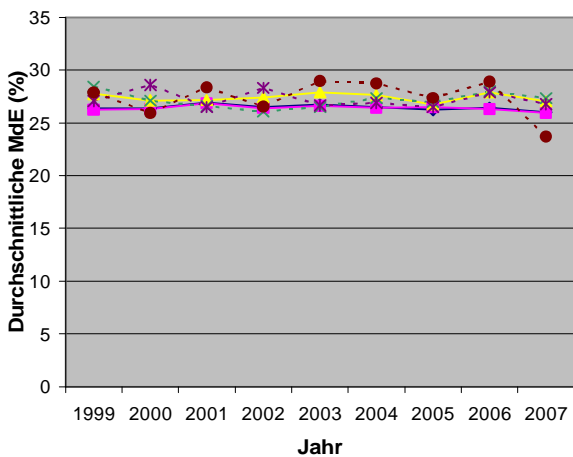
(a) Männer



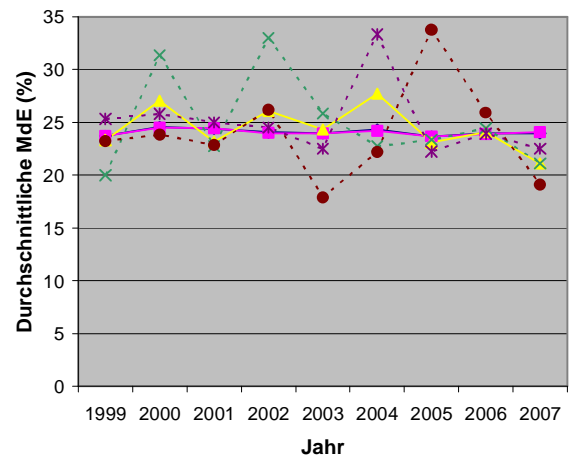
(b) Frauen

Ü Abb. 20 a/b: Quote aus der Anzahl neuer Unfallrenten und der Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter nach Staatsangehörigkeit und Jahr, Männer (a) und Frauen (b). (Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Daten des Referats „Statistik - Arbeitsunfälle, Prävention“ der DGUV und der Beschäftigungsstatistik der BA)

Auch bei Frauen lässt sich ein leicht absteigender Trend erkennen, wenngleich von einem deutlich geringeren Niveau ausgehend. Im Gegensatz zu ausländischen Männern werden an ausländische Frauen anteilmäßig weniger Unfallrenten als an ausländische Männer ausgezahlt. Zu beachten sind auch hier die besonders geringen Fallzahlen bei Frauen



(a) Männer



(b) Frauen

Ü Abb. 21 a/b: Mittlerer Grad der Erwerbsminderung bei neuen Unfallrenten nach Staatsangehörigkeit und Jahr, Männer (a) und Frauen (b). (Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Daten des Referats „Statistik - Arbeitsunfälle, Prävention“ der DGUV und der Beschäftigungsstatistik der BA)

Der durchschnittliche Grad der Erwerbsminderung weist bei Männern nur geringfügige Unterschiede zwischen den Staatsangehörigkeiten auf und verändert sich im Betrachtungszeitraum nahezu nicht (Abb. 21). Die durchschnittlichen Grade für Frauen der einzelnen ausländ-

dischen Staatsangehörigkeiten sind im Jahresverlauf Schwankungen unterworfen, was mit den geringen Fallzahl in diesen Gruppen (pro Jahr 20-30 Personen) erklärt werden kann.

Die Ursache der Rentengewährung ist im Vergleich der Staatsangehörigkeiten unterschiedlich (Tab. 17).

	<b>Erschütterung, Oberflächen- prellungen</b>	<b>Quetschung</b>	<b>(Dis-)Torsion</b>	<b>Luxation</b>	<b>Wunde, Zerreißung</b>
<b>Deutsche</b>	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Ausländer</b>	1,23*	1,44*	1,00	1,01	1,30
<b>TR</b>	1,43*	1,59*	0,78*	0,95	1,19*
<b>Ex-YU</b>	1,30	1,90*	1,07	1,05	1,50*
<b>E//GR/P</b>	1,10	1,04	0,99	0,98	1,18*

	<b>Geschlossene Fraktur</b>	<b>Offene Fraktur</b>	<b>Verbrennungen, Verätzung, Stromschlag etc.</b>	<b>Infektion, Vergiftung, Schock etc.</b>	<b>Nicht näher bezeichnete Verletzungsart</b>
<b>Deutsche</b>	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Ausländer</b>	0,92*	1,32*	1,75*	0,98	0,80
<b>TR</b>	0,81*	1,50*	2,34*	1,13	0,74
<b>Ex-YU</b>	1,19*	1,35*	1,82*	1,21	0,79
<b>E//GR/P</b>	0,91*	1,30*	1,57*	0,53	0,27*

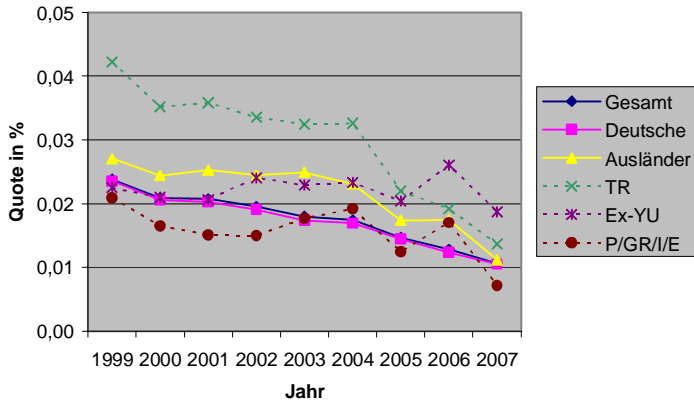
\* p<0,05

Ü Tab. 17: Chance der Berentung wegen eines Arbeitsunfalls bei sozialversicherungspflichtig Beschäftigten nach Staatsangehörigkeit und Diagnose, 1999-2007, Odds Ratios (Referenz: Deutsche). (Quelle: Eigene Berechnung auf Basis von Daten des Referats „Statistik - Arbeitsunfälle, Prävention“ der DGUV und der Beschäftigungsstatistik der BA)

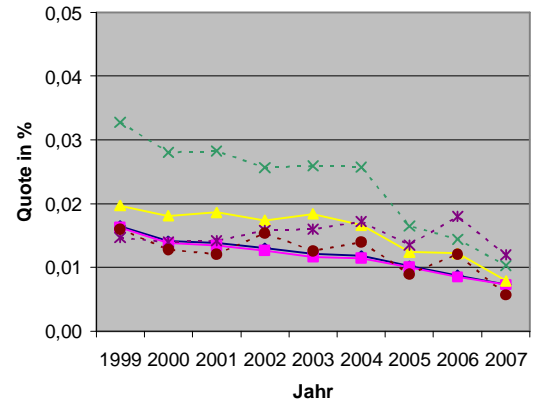
So haben Menschen türkischer Staatsangehörigkeit eine 50% höhere Chance, wegen einer offenen Fraktur berentet zu werden. Die Chance für Berentung wegen Verbrennungen, Verätzungen und Stromschlägen ist bei ihnen sogar mehr als doppelt so hoch (p jeweils <0,05). Ähnliches lässt sich bei den anderen ausländischen Personengruppen erkennen, deren Odds Ratios jedoch geringer sind.

### *Berufskrankheitenrenten*

Wie in Kapitel 3.1.2 gezeigt wurde, unterscheidet sich die Quote aus der Anzahl neuer Berufskrankheitenrenten und der Anzahl aller Berufskrankheiten über die Jahre und zwischen den Staatsangehörigkeitsgruppen nur geringfügig.



(a) Männer

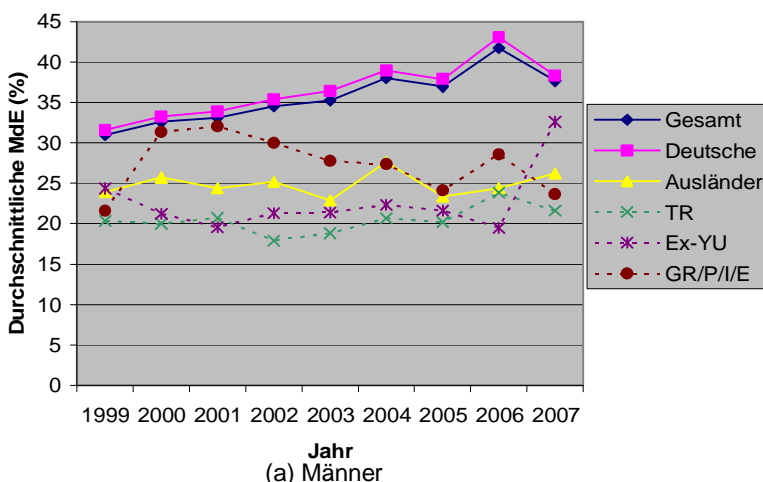


(b) Gesamt

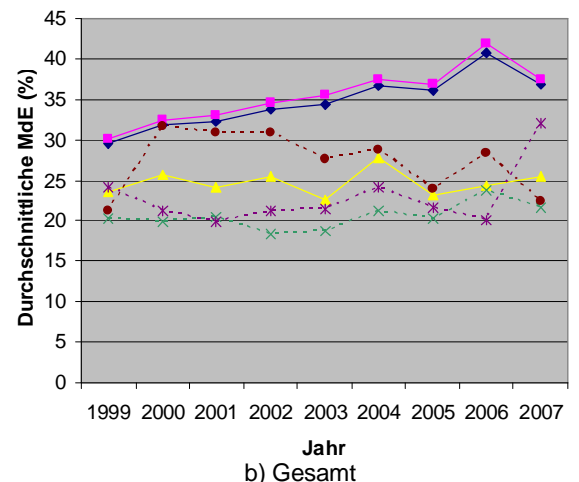
Ü Abb. 22 a/b: Quote aus der Anzahl neuer BK-Renten und der Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter nach Staatsangehörigkeit und Jahr, <20- bis 65-Jährige, Männer (a) und Gesamt (b). (Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Daten des Referats „Statistik - Arbeitsunfälle, Prävention“ der DGUV und der Beschäftigungsstatistik der BA)

Gemessen an der jeweiligen Zahl von Berufskrankheitenrenten (neuen BK-Renten) pro 100 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte innerhalb der einzelnen Staatsbürgerschaftsgruppen werden an ausländische Personen über alle Jahre hinweg (für Männer mit einer Staatsangehörigkeit aus Portugal/Spanien/Italien/Griechenland ab 2004) mehr Renten als an Deutsche ausbezahlt (auf Grund kleiner Fallzahlen wird auf die Darstellung der Anteile für Frauen verzichtet). Die Unterschiede zwischen den Staatsangehörigkeiten werden mit dem Alter größer (siehe Abb. A 17a/b) – ein Phänomen, das sich auch bei den Erwerbsminderungsrenten (siehe Kapitel 3.3.3) beobachten lässt.

Die höheren Quoten bei ausländischen Männern (und Männern und Frauen insgesamt) gehen mit geringeren durchschnittlichen Erwerbsminderungsgraden einher (Abb. 23) .



(a) Männer



(b) Gesamt

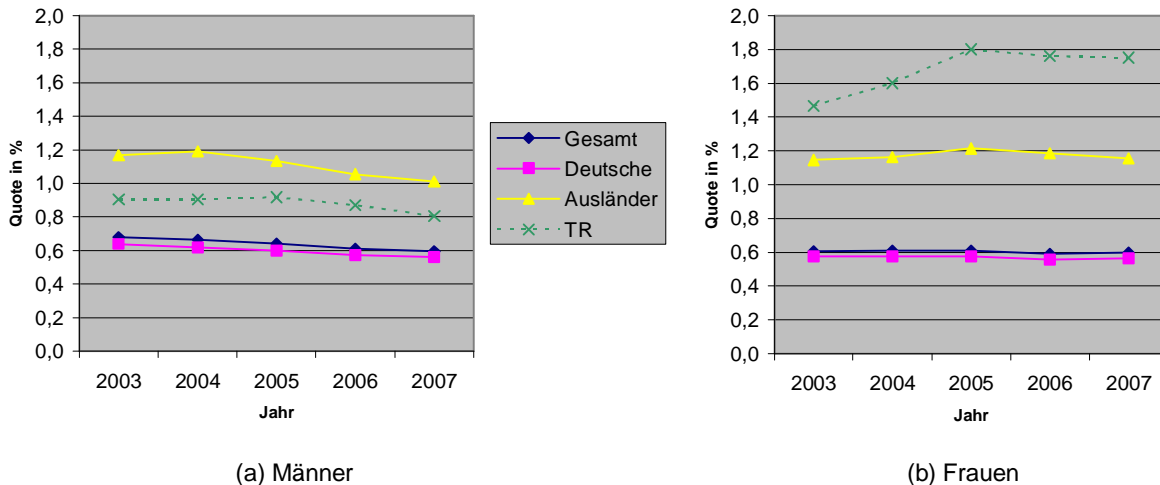
Ü Abb. 23 a/b: Mittlerer Grad der Erwerbsminderung bei neuen BK-Renten nach Staatsangehörigkeit und Jahr, Männer (a) und Gesamt (b) (Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Daten des Referats „BK-Statistik“, DGUV und der Beschäftigungsstatistik der BA)

### 3.3.3 Rentenzugänge bei der Deutschen Rentenversicherung

Wie auf Grundlage der Literatur und einer Auswertung des Sozio-oekonomischen Panels gezeigt wurde, besitzen Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund aus unterschiedlichen Gründen eine geringere Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation. Bisher ist nur wenig darüber bekannt, wie der Zugang zu Leistungen der Rehabilitation im Kontext von Erwerbsminderungsrenten ist.

Mit Hilfe von Daten aus der Statistik zum Rentenzugang der DRV, stratifiziert nach Alter und Geschlecht wurden Besonderheiten im Erwerbsminderungsrentenzugang bei ausländischen Personen allgemein und türkischen Personen im Vergleich zu Deutschen untersucht. Daten für weitere Staatsangehörigkeitsgruppen lagen nicht vor. Auch war es im Gegensatz zur SOEP-Auswertung nur möglich, den Migrationshintergrund über die Staatsangehörigkeit zu operationalisieren. Wie bei der Berechnung von AU- und BK-Quoten wurden in Ermangelung von Daten zur Gesamtheit der DRV-Versicherten, Daten der Bundesagentur für Arbeit zu sozialversicherungspflichtig Beschäftigten herangezogen, um Erwerbsminderungsrentenquoten zu berechnen. Diese Quoten beschreiben somit das Verhältnis von der Anzahl von Erwerbsminderungsrenten in einem Jahr und der Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in diesem Jahr. Die Limitationen dieses methodischen Vorgehens werden in Kapitel 3.4 erläutert.

Höhne und Schubert (2007) haben auf Grundlage eigener Berechnungen ermittelt, dass die Quote aus der Anzahl von Erwerbsminderungsrenten und der Anzahl von Rentenzugängen im Zeitraum 1983 bis 2003 kontinuierlich sank (siehe Kapitel 2). Dieses lässt sich bei allen betrachteten Staatsangehörigengruppen bei Männern auch an Hand der Anzahl von Erwerbsminderungsrenten pro 100 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte für den Zeitraum 2003 bis 2007 beobachten (Abb. 24a). Höhne & Schubert (2007) führen den relativen Rückgang von Erwerbsminderungsrenten auf arbeitsmarktbedingte Gründe zurück. So nutzen ältere Menschen seit Mitte der 1990er-Jahre vermehrt die Möglichkeit, Alters- statt Erwerbsminderungsrenten zu beziehen. Darüber hinaus spielen veränderte Zugangsmöglichkeiten in Form der zweistufigen Erwerbsminderungsrente ab 2001 eine Rolle (siehe weiterführend auch Rehfeld 2006).

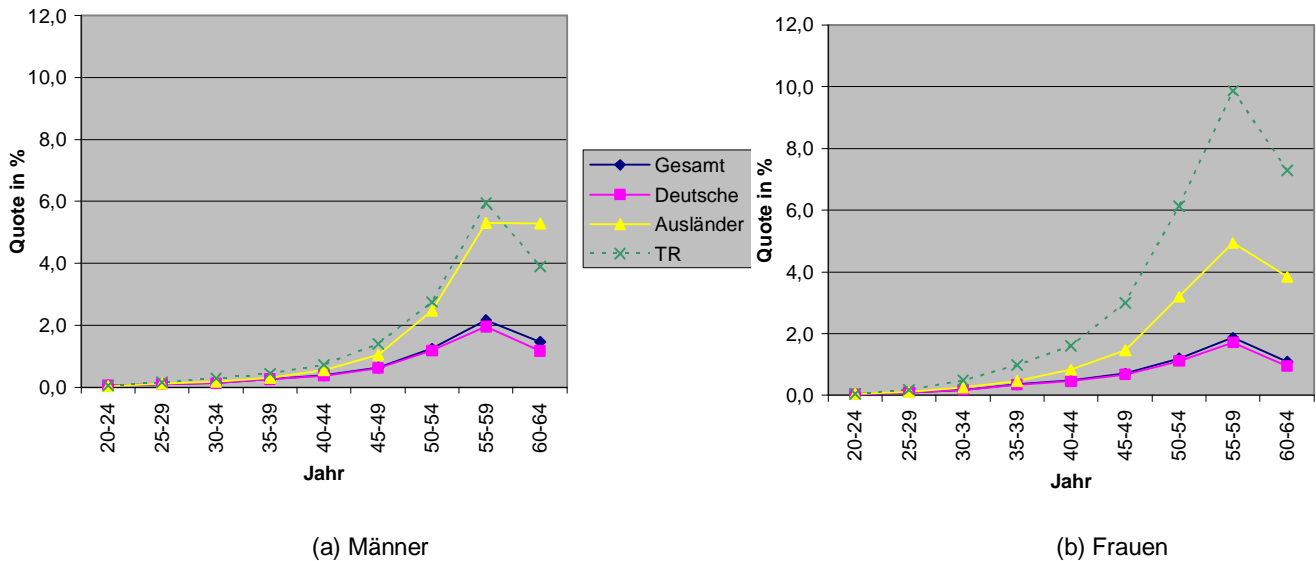


Ü Abb. 24 a/b: Quote aus der Anzahl von DRV-Erwerbsminderungsrenten und der Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter nach Staatsangehörigkeit und Jahr, (a) Männer und (b) Frauen. (Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Statistik zum Rentenzugang der DRV und der Beschäftigungsstatistik der BA).

Abb. 24a zeigt ferner deutliche Unterschiede in den Erwerbsminderungsquoten im Vergleich der Staatsangehörigkeiten, die im Zeitverlauf im Wesentlichen konstant bleiben. Ausländische Männer erhalten etwa doppelt so häufig Erwerbsminderungsrenten wie deutsche, wobei die Quoten türkischer Männer geringer als im ausländischen Durchschnitt sind.

Ein anderes Bild zeigt sich hingegen bei den Frauen, bei denen die Erwerbsminderungsquoten im gleichen Zeitraum stagnieren und bei türkischen Frauen sogar deutlich zunehmen. Wie bei den Männern sind ausländische Frauen deutlich stärker von Erwerbsminderung betroffen als deutsche Frauen, wobei die Erwerbsminderungsquote von türkischen Frauen deutlich über dem ausländischen Durchschnitt liegt.

Über das Alter gesehen steigen die Erwerbsminderungsquoten sowohl bei Männern als auch bei Frauen erwartungsgemäß an und erreichen bei allen Staatsangehörigkeiten in der Altersgruppe 55-59 Jahre ihren höchsten Wert (Abb. 25a/b). Der Rückgang in der Gruppe der 60-64-Jährigen ist dadurch bedingt, dass rentennahe Altersgruppen vermehrt vorgezogene Altersrenten anstatt Erwerbsminderungsrenten in Anspruch nehmen (Rehfeld 2006).

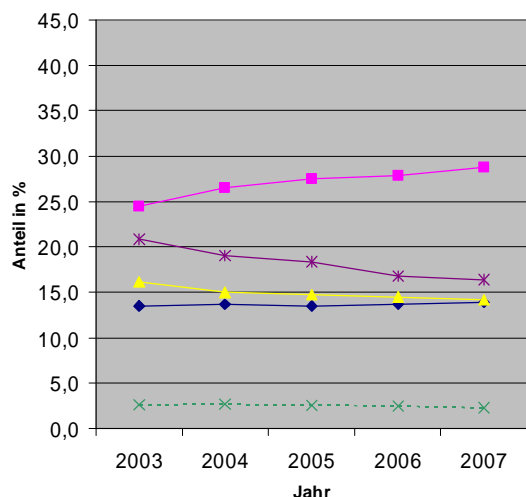


Ü Abb. 25 a/b: Quote aus der Anzahl von DRV-Erwerbsminderungsrenten und der Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigten nach Staatsangehörigkeit und Alter, 2007, Männer (a) und Frauen (b). (Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Statistik zum Rentenzugang der DRV und der Beschäftigungsstatistik der BA).

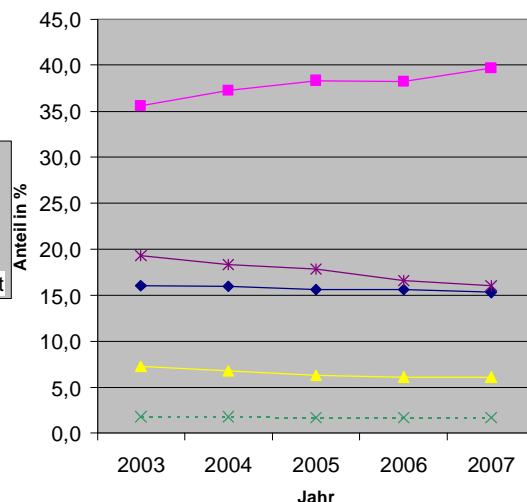
Die Unterschiede in der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Erwerbsminderungsrenten zwischen den Staatsangehörigkeiten werden mit zunehmendem Alter größer. Meinschmidt (2007) beobachtete das gleiche Phänomen in Berlin. Die genauen Gründe für die überproportionale Zunahme der Erwerbsminderungsrenten bei ausländischen Personen sowie der Teilgruppe von Personen türkischer Staatsangehörigkeit sind unklar, liegen aber vermutlich in unterschiedlichen Mustern von chronischen Krankheiten, die im Lebenslauf erworben werden und zur Frühberentung führen. Auch die höheren Anteile psychischer Erkrankungen – insbesondere bei türkischen Personen – könnten die Beobachtungen erklären (siehe ebd. sowie nachfolgenden Abschnitt).

### *Ursache der Rentengewährung*

Höhne & Schubert (2007) haben für den Zeitraum 1983 bis 2003 aufgezeigt, dass sich das Spektrum der krankheitsbedingten Ursachen für die Rentengewährung im Zeitverlauf stark verändert hat. Während Muskel-/Skeletterkrankungen und Kreislauferkrankungen auf Grund veränderter Arbeitsbedingungen zurückgegangen sind, haben psychische Erkrankungen stark zugenommen, bei Frauen stärker als bei Männern. Dieser Trend setzt sich 2003 bis 2007 fort (Abb. 26).



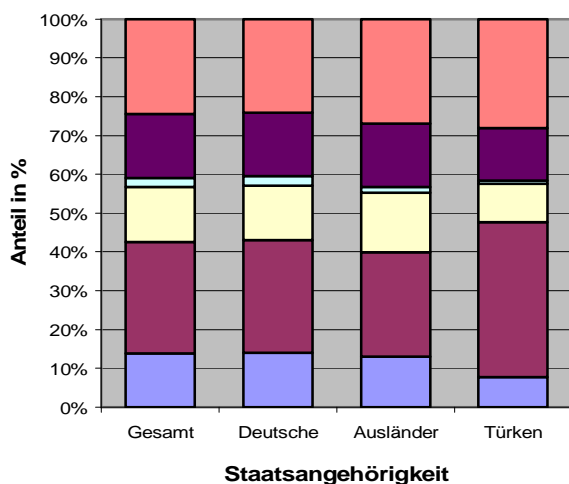
(a) Männer



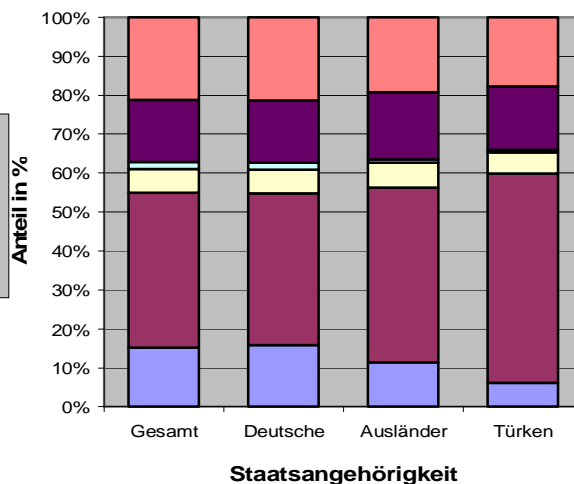
(b) Frauen

Ü Abb. 26 a/b: Ursache der Rentengewährung (Anteil an allen Erwerbsminderungsrenten) nach ausgewählten Hauptdiagnosegruppen und Jahr, Männer (a) und Frauen (b). (Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Statistik zum Rentenzugang der DRV und der Beschäftigungsstatistik der BA).

Zwischen deutschen und ausländischen Männern gesamt gibt es nur wenige Unterschiede, was das Diagnosespektrum angeht (Abb. 27a). Bei ausländischen Frauen sind psychische Erkrankung etwas häufiger als bei deutschen (Abb. 27b), ebenso wie bei türkischen Männern und Frauen im Vergleich zu deutschen. Alterspezifische Unterschiede sind lediglich marginal (siehe Tabellen B.E im Anhang). Die Ergebnisse stimmen mit früheren Untersuchungen überein (Höhne/Schubert 2007).



(a) Männer



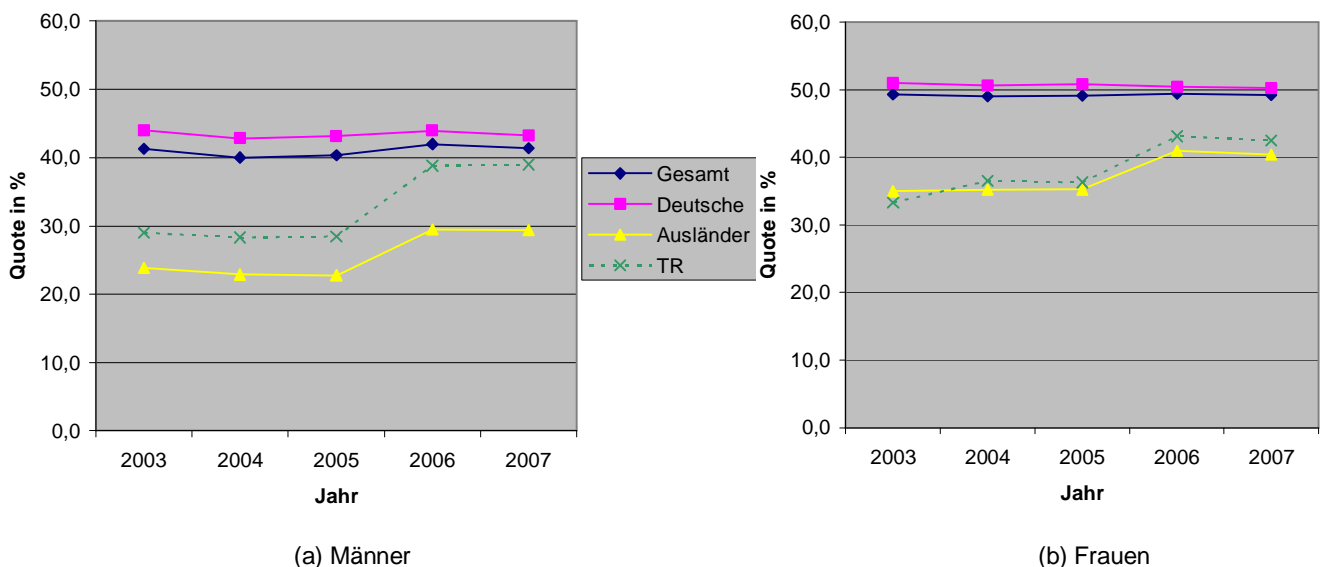
(b) Frauen

Ü Abb. 27 a/b: Ursache der Rentengewährung (Anteil an allen Erwerbsminderungsrenten) nach ausgewählten Hauptdiagnosegruppen und Staatsangehörigkeit im Jahr 2007, Männer (a) und Frauen (b). (Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Statistik zum Rentenzugang der DRV).

### Häufigkeit der Inanspruchnahme von Rehabilitation vor Rentenbeginn

Unterschiedliche Quellen wie auch die Auswertung im Rahmen dieses Berichtes zeigen, dass Migranten eine geringere Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen haben als nicht-migrierte Personen (siehe Kapitel 2.2 und 3.2). Es stellt sich daher die Frage, inwieweit das auch auf die Inanspruchnahmen von Rehabilitation im Vorfeld der Frühberentung zutrifft, denn möglicherweise könnten die höheren Frühberentungsquoten bei ausländischen Personen auf diesen Umstand zurückzuführen sein.

Aus Abb. 28a/b geht hervor, dass sich die Inanspruchnahme von Rehabilitation im Vorfeld der Frühberentung sowohl bei Männern als auch bei Frauen zwischen Deutschen und Ausländern unterscheidet, wobei die Quote aus der Anzahl von Inanspruchnahmen vor Rentenbeginn und der Anzahl von Erwerbsminderungsrenten bei türkischen Männern über dem ausländischen Durchschnitt liegt. So nehmen deutsche Männer im Zeitraum 2003-2005 doppelt so häufig und Frauen 1,5-mal so häufig Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation in Anspruch wie Ausländer.

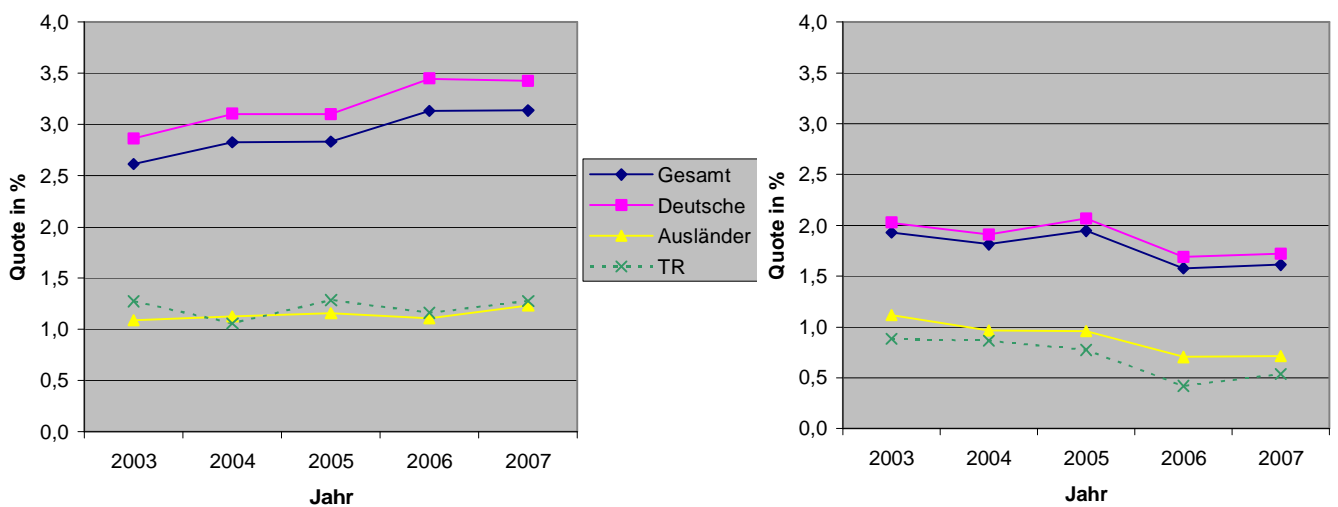


Ü Abb. 28 a/b: Quote aus der Anzahl von Inanspruchnahmen medizinischer Rehabilitation im Vorfeld der Frühberentung und der Anzahl von Erwerbsminderungsrenten nach Staatsangehörigkeit und Jahr, Männer (a) und Frauen (b). (Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Statistik zum Rentenzugang der DRV und der Beschäftigungsstatistik der BA).

Während die Inanspruchnahmen bei Deutschen im Fünf-Jahreszeitraum bei ca. 44 bzw. 50% stagnieren, erhöhen sie sich bei Ausländerinnen und Ausländern wie auch bei der Teilgruppe der türkischen Personen ab 2006 deutlich. In dessen Folge gleichen sie sich bei türkischen Männern bis auf 5 Prozentpunkte der Inanspruchnahme deutscher Männer an.



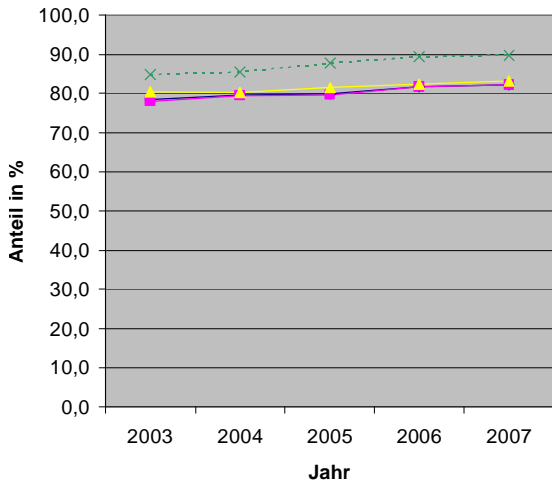
Auch die Inanspruchnahmen beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen unterscheiden sich zwischen Personen deutscher und ausländischer sowie türkischer Staatsangehörigkeit (Abb. 29a/b). Der Unterschied ist insbesondere bei Männern ausgeprägt, bei denen Deutsche mehr als dreimal so häufig berufliche Maßnahmen im Vorfeld der Frühberentung in Anspruch nehmen. Die Inanspruchnahmequoten von deutschen Männern steigen zudem über die Zeit an, während sie bei Ausländerinnen und Ausländern auf einem Niveau von 1,0 bis 1,2% aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten stagnieren. Nach Altersgruppen stratifiziert zeigen sich nur geringfügige Unterschiede (siehe Tabelle B.E im Anhang).



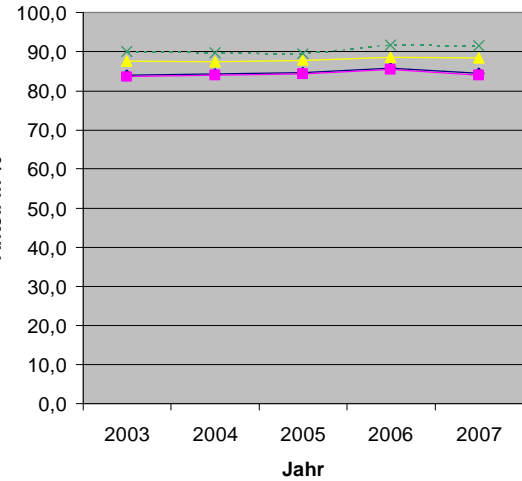
Ü Abb. 29 a/b: Quote aus der Anzahl von Inanspruchnahmen beruflicher Rehabilitation im Vorfeld der Frühberentung und der Anzahl von Erwerbsminderungsrenten nach Staatsangehörigkeit und Jahr, Männer (a) und Frauen (b). (Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Statistik zum Rentenzugang der DRV und der Beschäftigungsstatistik der BA).

### *Umfang der Erwerbsminderung*

Der Umfang der Erwerbsminderung erlaubt eine Aussage über die gesundheitliche Beeinträchtigung von Rentenempfängerinnen und -empfängern (siehe Kapitel Rehfeld 2006). Während zwischen Deutschen und ausländischen Männern keine wesentlichen Unterschiede im Anteil voller Erwerbsminderung an allen Erwerbsminderungsrenten zu erkennen sind (Abb. 30), weisen türkische Männer im Zeitverlauf höhere Anteile voller Erwerbsminderungen auf. Sie sind im Durchschnitt 7 Prozentpunkte höher als bei Deutschen. Ein ähnliches Muster zeigt sich bei Frauen, wobei die entsprechenden Anteile unter ausländischen Frauen im Durchschnitt ca. 4 Prozentpunkte und unter türkischen Frauen ca. 6 Prozentpunkte über denen bei deutschen Frauen liegen.



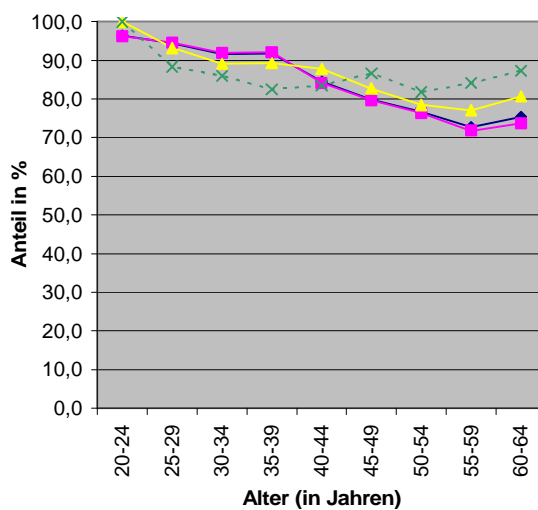
(a) Männer



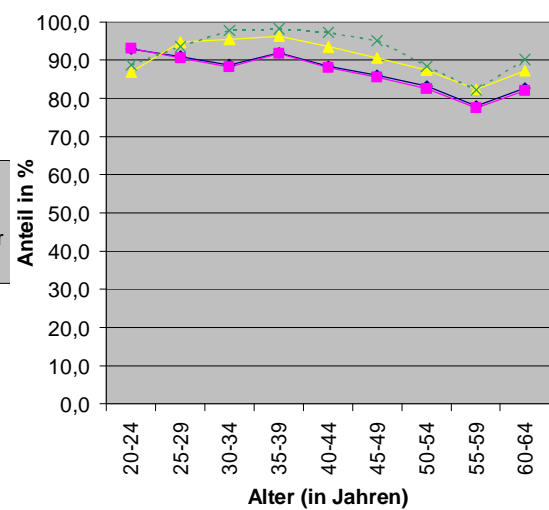
(b) Frauen

Ü Abb. 30 a/b: Anteil voller Erwerbsminderung an allen Erwerbsminderungsrenten nach Staatsangehörigkeit und Jahr, Männer (a) und Frauen (b). (Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Statistik zum Rentenzugang der DRV).

Auch die entsprechenden altersspezifischen Anteile unterscheiden sich zwischen den betrachteten Staatsangehörigkeitsgruppen (Abb. 31). Im Alter von 25-39 Jahren weisen türkische Männer und ausländische Männer gesamt noch geringere Anteile voller Erwerbsminderung als deutsche Männer auf. Ab der Altersgruppe der 40-44-Jährigen übersteigen diese Anteile die der Deutschen. Bei Frauen verhält es sich ähnlich, wobei die Anteile voller Erwerbsminderung an allen Erwerbsminderungsrenten in allen, mit Ausnahme der jüngsten Altersgruppe, über denen der deutschen Frauen liegen.



(a) Männer



(b) Frauen

Ü Abb. 31 a/b: Anteil voller Erwerbsminderung an allen Erwerbsminderungsrenten nach Staatsangehörigkeit und Alter, 2007, Männer (a) und Frauen (b). (Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Statistik zum Rentenzugang der DRV).

### 3.4 Methodische Einschränkungen

Die Auswertung der Prozessdaten, die im Rahmen dieses Berichtes vorgestellt wurde, hat eine bedeutende Limitation. Daten zur Gesamtzahl der Versicherten der jeweiligen Rehabilitationsträger standen in der benötigten Stratifikation nach einzelnen Staatsangehörigkeiten und Altersgruppen nicht zur Verfügung. Aus diesem Grund wurden in den Analysen jeweils sozialversicherungspflichtig Beschäftigte als Bezugsbevölkerung herangezogen. Diese entsprechen jedoch nicht vollständig den jeweiligen Versicherten der Rehabilitationsträger und sind daher auch nicht die exakte Obermenge von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten, Frühberenteten sowie Inanspruchnehmerinnen und Inanspruchnehmern von Rehabilitation. So werden in der Statistik der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten zum Beispiel Selbständige und helfende Angehörige nicht geführt. Diese können jedoch Leistungen der Unfallversicherung und der Rentenversicherung in Anspruch nehmen (§§ 2-6 SGB VII bzw. §§ 1-3 SGB VI). Ungenauigkeiten, die sich durch diese Einschränkung ergeben, können sowohl zu einer Über- als auch Unterschätzung der dargestellten Unterschiede und Besonderheiten führen und müssen bei der Interpretation der Ergebnisse daher berücksichtigt werden.

Ferner ist zu beachten, dass die Fallzahlen der vorgestellten Auswertung teilweise reletativ klein sind, was die Aussagekraft der berechneten Quoten einschränkt.

Wie eingangs beschrieben, lassen es die Prozessdaten, die im Rahmen der Auswertung herangezogen wurden, nur zu, den Migrationshintergrund über die Staatsangehörigkeit zu operationalisieren. Menschen mit einem Migrationshintergrund, die die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen (z.B. Aussiedlerinnen und Aussiedler sowie Eingebürgerte), werden dadurch zusammen mit den Menschen ohne Migrationshintergrund in der Gruppe der Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit subsumiert. Hierdurch kann es zu einer Unterschätzung migrationsspezifischer Unterschiede und Besonderheiten in den untersuchten Aspekten kommen.

### 3.5 Zusammenfassung und Fazit

Die *Arbeitsunfallquoten* sind bei Personen ausländischer und insbesondere bei Personen türkischer Staatsangehörigkeit gegenüber Deutschen erhöht. Gegen Ende des Beobachtungszeitraums im Jahr 2005 bzw. 2007 gleichen sich diese Quoten an und sinken unter die der Deutschen. Es bleibt in zukünftigen Untersuchungen abzuwarten, ob sich dieser Trend fortsetzt. Menschen aus dem ehemaligen Jugoslawien sowie vor allem Türkinnen und Türken haben höhere Chancen als Deutsche, an spezifischen *Berufskrankheiten* zu erkranken.

Die teilweise höheren Risiken von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten, die auch in früheren Untersuchungen festgestellt wurden (Razum et al. 2008, Erdogan 2002), weisen auf ein

insgesamt höheres Gefährdungspotential ausländischer Beschäftigter hin. Dieses lässt sich zumindest teilweise durch die andere Beschäftigungsstruktur dieser Gruppe erklären. Personen ausländischer Staatsangehörigkeit arbeiten häufiger in Bereichen mit einem erhöhten Unfall- und Erkrankungsrisiko, zum Beispiel in der Baubranche und in der verarbeitenden Industrie (Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen 2002; Bundesagentur für Arbeit 2008; Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2001). Darüber hinaus spielen womöglich Informationsdefizite bei der Einhaltung von Sicherheitsmaßnahmen – verursacht durch Probleme mit der deutschen Sprache und/oder unzureichende Einweisungen – eine Rolle (Ansary 1980; Görtz 1986; Henter et al. 2002).

Die *Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen* bei Menschen mit Migrationshintergrund ist auf Basis zweier Studienbevölkerungen des Sozio-oekonomischen Panels deutlich geringer als bei Personen ohne Migrationshintergrund. Menschen mit Migrationshintergrund sind zudem jünger und besitzen im Schnitt einen geringeren sozialen Status als die nicht-migrierte Vergleichsgruppe. Ähnliche Ergebnisse zeigen sich für den Vergleich von Personen ausländischer und deutscher Staatsangehörigkeit und stimmen mit Auswertungen zu früheren Zeiträumen und in ausgewählten Regionen überein (Maier et al. 2008; Meinschmidt 2007; Rommel 2005; Razum et al. 2008). Die statistische Analyse macht deutlich, dass weder soziodemographische noch gesundheitliche Faktoren allein die geringere Inanspruchnahme bei Personen mit Migrationshintergrund erklären können. Die geringe Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen durch ausländische Staatsangehörige lässt sich auch mit den Prozessdaten anderer Rehabilitationsträger aufzeigen und gilt zum Beispiel für Leistungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation, die von der DGUV getragen werden – trotz größtenteils höherer Quoten bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten ausländischer Bevölkerungsgruppen im Vergleich zu Deutschen.

Wie die Daten der Deutschen Rentenversicherung zeigen, unterscheiden sich ausländische Rehabilitandinnen und Rehabilitanden von Deutschen in einigen Charakteristika. Unter anderem haben sie einen geringeren sozialen Status und werden häufiger aus disziplinarischen Gründen vorzeitig aus der Rehabilitation entlassen als Deutsche. Diese Unterschiede erklären aber nur eingeschränkt den geringeren *Rehabilitationserfolg*, festgemacht an der Leistungsfähigkeit nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation. Im Mittel nehmen Ausländerinnen und Ausländer Leistungen der medizinischen Rehabilitation also nicht nur seltener in Anspruch als Deutsche. Diejenigen, die sie in Anspruch nehmen, schließen sie darüber hinaus mit einem geringeren Rehabilitationserfolg ab (vgl. auch Maier et al. 2008; Mösko et al. 2008; Schmeling-Kludas et al. 2003; Schmeling-Kludas 2004). Der geringere Rehabilitationserfolg und die geringere Inanspruchnahme rehabilitativer Maßnahmen tragen wahrscheinlich ihrerseits zu den höheren (Früh-)Berentungsquoten ausländischer Staatsangehöriger bei.

Auf Grundlage der Auswertung von quantitativen Routinedaten ist es möglich, Besonderheiten und Unterschiede in der Häufigkeit von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten, der Inanspruchnahme von medizinischen oder beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen sowie des Rehabilitationserfolgs zwischen Deutschen, Ausländern, Personen mit einer Staatsangehörigkeit aus der Türkei, dem ehemaligen Jugoslawien sowie Portugal/Spanien/Italien/Griechenland im zeitlichen Verlauf aufzuzeigen. Aussagen über die dahinter liegende Prozesse, die diese Beobachtungen erklären, sind auf Basis der verfügbaren nicht möglich. In dieser Situation lassen sich mögliche Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren mit Hilfe qualitativer Methoden untersuchen (siehe Kapitel 4).

## 4 Ergebnisse der qualitativen Befragung

Nachdem im quantitativen Ergebnisteil Unterschiede hinsichtlich Inanspruchnahme und Rehabilitationserfolg zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund herausgearbeitet wurden, soll es in dem folgenden, auf qualitativen Methoden beruhenden Kapitel um mögliche Gründe dieser empirisch feststellbaren Unterschiede gehen. Zwei Fragestellungen dienen dabei als Orientierung:

- Gibt es Zugangsbarrieren, die es Personen mit Migrationshintergrund erschweren, rehabilitative Leistungen in Anspruch zu nehmen?
- Lassen sich in der Qualität der Versorgung Unterschiede feststellen, die wiederum mögliche Unterschiede im Rehabilitationserfolg erklären könnten?

Ziel der Untersuchung war es, mögliche Ansatzpunkte für die Verbesserung der rehabilitativen Versorgungssituation von Personen mit Migrationshintergrund herauszuarbeiten. Der Fokus wurde auf Aussiedlerinnen und Aussiedler sowie auf Menschen mit türkischem Migrationshintergrund gelegt, da es sich bei diesen Bevölkerungsgruppen um die beiden zahlenmäßig größten Migrantengruppen in Deutschland handelt.

### 4.1 Methodischer Zugang

Erkenntnisse in der qualitativen Auswertung wurden mit Hilfe leitfadengestützter Experteninterviews mit Kosten-, Leistungs- und Entscheidungsträgern im Bereich der medizinischen und beruflichen Rehabilitation sowie mit Hilfe von Fokusgruppeninterviews mit den Nutzerinnen und Nutzern medizinischer und beruflicher Rehabilitationsangebote gewonnen. Die beiden methodischen Zugänge werden im Folgenden vorgestellt.

#### 4.1.1 Experteninterviews

Zunächst wurden Experteninterviews mit verschiedenen am Rehabilitationsprozess beteiligten Personen geführt, um Erkenntnisse über mögliche Zugangsbarrieren für die Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen und über die Versorgungsqualität von beruflichen und medizinischen Rehabilitationsleistungen bei Menschen mit Migrationshintergrund zu gewinnen.

Die Expertinnen und Experten wurden in ihrer Rolle als Funktionsträger befragt. Dabei stehen vor allem die mit der funktionalen Rolle verbundenen Zuständigkeiten, Aufgaben und Tätigkeiten und das daraus resultierende Wissen sowie die Erfahrungen im Vordergrund.

(Müller-Mundt 2002, S. 271). Meuser und Nagel (1997) nennen dies „praxisgesättigtes Expertenwissen“. Es handelt sich hierbei um das Wissen derjenigen, die bestimmte Gesetzmäßigkeiten und Routinen innerhalb eines sozialen Systems aktivieren oder verhindern können (ebd.). Als „Experte“ gilt, „wer in irgendeiner Weise Verantwortung trägt für den Entwurf, die Implementierung oder die Kontrolle einer Problemlösung oder wer über einen privilegierten Zugang zu Informationen über Personengruppen oder Entscheidungsprozesse verfügt“ (Meuser & Nagel 1991, S. 443).

Für die Experteninterviews wurde ein teilstrukturierter Interview-Leitfaden erstellt. Er basierte auf Vorwissen aus publizierten Studien, plausiblen Annahmen und Konzepten, die sich auf das zu untersuchende Gebiet übertragen lassen. Diese thematischen Schwerpunkte des Leitfadens sind Ausdruck der theorierelevanten Kategorien, die in die Auswertung einbezogen wurden (Meuser & Nagel 1991).

Die Leitfäden für die Experteninterviews beinhalteten folgende Oberthemen/-kategorien, welche je nach Fragestellung (Zugang oder Versorgungsqualität) und Rehabilitationssystem (berufliche oder medizinische Rehabilitation) angepasst und ausdifferenziert wurden:

- Sprache und Kommunikation
- Soziokulturelle und mentalitätsspezifische Besonderheiten
- Bildung, Sozialstatus
- Zugang und Inanspruchnahme von Leistungen
- Erwartungen der Rehabilitanden
- Geschlechtsspezifische Besonderheiten
- Problemlösungsstrategien

Bislang liegen wenige empirische Erkenntnisse über die bearbeiteten Fragestellungen vor. Daher war die Zusammenstellung der Expertengruppe breit angelegt und folgte einem Top-Down- und Bottom-up-Ansatz, was konkret den Einbezug von Kosten- und Leistungsträgern, Gatekeepern<sup>8</sup> sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern verschiedener Rehabilitationseinrichtungen bedeutete (siehe Übersicht im „Anhang zur qualitativen Befragung“ für eine detailliertere Darstellung).

Die Auswahl auf Einrichtungsebene folgte der Bestrebung, mehrere unterschiedliche, für die Zielgruppe relevante Indikationsbereiche abzudecken, um so ein möglichst breites Spektrum an Erkenntnissen zu gewinnen. Die drei ausgewählten Kliniken der medizinischen Rehabilitation umfassen die folgenden Indikationsbereiche bzw. Schwerpunkte:

- Klinik A: Gastroenterologie, inkl. Onkologie; Diabetes; psychosomatische Erkrankungen
- Klinik B: Onkologie; Orthopädie
- Klinik C: Kardiologie

---

<sup>8</sup> Gatekeeper im Gesundheitsbereich sind Personen, die den Auftrag haben, den Zugang zu gesundheitlichen Leistungen zu koordinieren und zu beeinflussen.

Die Kontaktaufnahme und Rekrutierung der Interviewpartnerinnen und -partner erfolgte nach dem Top-Down-Prinzip über die Klinikleitung, welche die Auswahl der Interviewpartnerinnen und -partner sowie die Terminvereinbarung entweder selbst vornahm oder einen entsprechenden Ansprechpartner bzw. eine entsprechende Ansprechpartnerin in der Klinik benannte. Zur besseren Auswahl eines geeigneten Interviewpartners wurden den Kliniken einige Soll-Kriterien genannt. Hierzu zählte unter anderem, dass möglichst unterschiedliche am Rehabilitationsprozess beteiligte Berufsgruppen in die Untersuchung einbezogen werden. Um auch geschlechtsspezifische Aspekte und Problematiken im Umgang mit Menschen mit Migrationshintergrund aufzeigen zu können, wurde auf die Auswahl von Interviewpartnern beider Geschlechter Wert gelegt. Nicht zuletzt war auch der direkte Kontakt zu den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ein wichtiges Auswahlkriterium.

Für die Erhebung im beruflichen Rehabilitationsbereich wurden eine Fortbildungsakademie der Wirtschaft (FAW), zwei Berufsförderungswerke in zwei Großstädten Nordrhein-Westfalens und zwei Fortbildungszentren der beruflichen Rehabilitation kontaktiert. Diese beruflichen Rehabilitationseinrichtungen wurden aufgrund des relativ hohen Anteils an Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Migrationshintergrund ausgesucht. Nur männliche Experten konnten für die Interviews rekrutiert werden.

Siehe Tab. 18 für eine Übersicht über die durchgeführten Experteninterviews in der beruflichen und medizinischen Rehabilitation.<sup>9</sup>

<i>Zugangsbarrieren</i>		<i>Versorgungsqualität</i>	
	Anzahl		Anzahl
Berufliche Rehabilitation: Interviews mit Gatekeepern	3	Berufliche Rehabilitation: Interviews mit Mitarbeitern in Einrichtungen	4
Medizinische Rehabilitation: Interviews mit Gatekeepern	1	Medizinische Rehabilitation: Interviews mit Klinikmitarbeitern	7

Ü Tab. 18: Durchgeführte Experteninterviews in beruflicher und medizinischer Rehabilitation

## 4.1.2 Fokusgruppen

Zur Erfassung der subjektiven Sichtweisen der Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund bezüglich möglicher Zugangsbarrieren und der Versorgungsqualität in den rehabilitativen Leistungen wurden Fokusgruppen durchgeführt.

<sup>9</sup> Siehe Liste der Interviewpartner im Anhang für detailliertere Informationen.



Die Methode der Fokusgruppen wurde in der Vergangenheit vor allem im Bereich der Marktforschung eingesetzt. Seit einigen Jahren findet sie jedoch auch als Erhebungsmethode im Bereich der qualitativen Sozialforschung Verwendung. Fokusgruppeninterviews sind eine qualitative Forschungsmethode, bei der Diskussionsgruppen anhand bestimmter Kriterien zusammengestellt werden. Diese Diskussionsgruppen werden durch Informationsinput zur Diskussion über ein bestimmtes Thema angeregt. Die Diskussion wird durch eine Moderatorin/einen Moderator betreut, der Fachkompetenz im behandelten Thema besitzt (Krueger 1994; Morgan 1997).

Fokusgruppen eignen sich vor allem für explorative Untersuchungen. Da über den Zusammenhang von Migration und Rehabilitation bisher noch wenig bekannt ist und große Erkenntnislücken über migrationsspezifische Zugangsbarrieren zu rehabilitativen Leistungen bzw. Leistungen im Rahmen gesundheitsbedingter Frühberentung bestehen, sind Fokusgruppen hier ein geeignetes Instrument. Zudem sind Zugangsbarrieren in einem großen Maße von in soziale Zusammenhänge eingebundenen subjektiven Sichtweisen und Einstellungen der Personen abhängig. Daher lassen sie sich am besten in der Gruppe erfassen. Grundgedanke beim Einsatz von Fokusgruppen bzw. Gruppendiskussionen ist, subjektive Bedeutungsstrukturen zu erheben, die sozial konstruiert sind (Mayring 2002).

Der eingesetzte Leitfaden umfasste die in Tab. 19 abgebildeten Themenfelder. Diese basieren auf Ergebnissen der Experteninterviews sowie auf Vorwissen aus anderen Studien (Dreissig 2005, Algül/Mielck 2005, Nickel et al. 2006, Brause 2007).

### **Erfahrungen in der Rehabilitation:**

Hier werden die Erfahrungen mit dem Zugang zur Rehabilitation (Antragstellung, Ärzte, DRV, Krankenkassen) und Erfahrungen während des Rehabilitationsaufenthalts erfragt.

### **Subjektive Einschätzung der Rehabilitationsmaßnahme:**

Die Zufriedenheit mit der Rehabilitationsmaßnahme/Einrichtung (z.B. Räumlichkeiten, Verpflegung, Ärzte und Pflege) und die subjektiv empfundene Wirksamkeit der Rehabilitationsmaßnahme (z.B. gesundheitliche Verbesserung, Selbstmanagement, Rehabilitationserfolg und Arbeitsfähigkeit) werden ausführlich erfragt.

### **Problembereiche in der Rehabilitation:**

- *Kommunikation Sprache:* Bei diesem Teil des Leitfadens werden die Kommunikationsprobleme, die Bedeutung der Verständigung für die Versorgung und die möglichen Lösungsstrategien diskutiert.
- *Kommunikation Kultur:* Hier werden die auf kulturellen Unterschieden basierenden Probleme bei der Behandlung und Beratung durch Ärzte/Therapeuten/Klinikpersonal näher behandelt. Vor allem wird die Rolle des Krankheitsverständnisses, der Ursachenzuschreibung und der Bedeutung der Religion (Gebete, Scham, Tabus etc.) im Rehabilitationsprozess hinterfragt. Die Auswirkung der kulturellen Unterschiede auf die Versorgung, die Offenheit gegenüber den ausländischen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sowie mögliche Lösungsstrategien sind wichtige Diskussionspunkte für die Fokusgruppen.

### **Subjektive Erwartungen:**

In diesem letzten Abschnitt werden die Erwartungen bzw. Bedürfnisse der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Migrationshintergrund an der Rehabilitation erfasst: Erwartungshaltung gegenüber den Behandelnden (Ärzte, Therapeuten, Pflegepersonal), Erwartungshaltung hinsichtlich des Rehabilitationserfolgs, Erwartungshaltung im Verlauf des Rehabilitationsaufenthaltes, Motivation zum eigenen Mitwirken und Gründe für eine mögliche Frühberentung.

---

U Tab. 19: Leitfaden für Fokusgruppen in der medizinischen Rehabilitation

Die Leitfäden für die berufliche Rehabilitation orientieren sich an dem oben dargestellten Leitfaden für die medizinische Rehabilitation.

Die aufgezeichneten Interviews und Fokusgruppen wurden vor der eigentlichen Auswertung durch die wörtliche Transkription<sup>10</sup> in eine schriftliche Form umgewandelt (Mayring 2002). Im Rahmen dieser Studie kommt die qualitative Auswertungsmethode der zusammenfassenden Inhaltsanalyse zur Anwendung. Die kategorisierten Aussagen, die mit Hilfe der zusammenfassenden Inhaltsanalyse entwickelt wurden, wurden interpretiert und mit den Ergebnissen des quantitativen Kapitels sowie mit der Literatur verglichen. Ziel der Analyse ist es, die symbolisch und kommunikativ vermittelte Interaktion in einem wissenschaftlichen Rahmen zu interpretieren (vgl. Lamnek 2005, S. 480; Mayring 1995, S. 213). Das eingesetzte Verfahren zeichnet sich dadurch aus, dass Techniken der Datenerhebung und Datenaufbereitung kombiniert werden. Insgesamt wurden 36 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in medizini-

---

<sup>10</sup> Transkribiert wurde somit das „gesprochene Wort“, unabhängig davon, ob Deutsch, Russisch oder Türkisch gesprochen wurde. Die so angefertigten Texte waren Grundlage der Interpretation. Zum Zwecke der Nachvollziehbarkeit wurden für den Abschlussbericht alle zitierten fremdsprachigen Interviewanteile ins Deutsche übersetzt (siehe Anhang zur qualitativen Auswertung).

schen und beruflichen Rehabilitationseinrichtungen rekrutiert und befragt. Tab. 20 gibt einen Überblick über die durchgeführten Fokusgruppen und Einzelinterviews in der beruflichen und medizinischen Rehabilitation.

	<b>Berufliche Rehabilitation</b>		<b>Medizinische Rehabilitation</b>	
	<i>Teilnehmer</i>		<i>Teilnehmer</i>	
	weiblich	männlich	weiblich	männlich
<b>Türkisch</b>			<b>Türkisch</b>	
Fokusgruppe in einem BFW	1	8	Fokusgruppe (Psychosomatik)	2
			Fokusgruppe(Herz-Kreislauf)	-
			Fokusgruppe (Orthopädie)	3
			Fokusgruppe (Diabetes)	1
				2
<b>Aussiedler</b>			<b>Aussiedler</b>	
Fokusgruppe in einem BFW	-	5	Einzelinterview (Orthopädie)	1
			Einzelinterview (Orthopädie)	-
			Einzelinterview (Orthopädie)	1
			Einzelinterview (Orthopädie)	-
				1

BFW=Berufsförderungswerk

Ü Tab. 20: Anzahl der durchgeführten Fokusgruppen und einzelnen Interviews mit Rehabilitandinnen und Rehabilitanden.

Es wurden vier Fokusgruppen mit türkischen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in den verschiedenen medizinischen Rehabilitationseinrichtungen bzw. eine Fokusgruppe im beruflichen Rehabilitationsbereich durchgeführt. Die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wurden über das Einrichtungspersonal kontaktiert und durch muttersprachliches Informationsmaterial über die Studie informiert. Das Teilnahmeverhalten der potentiellen Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer war in den medizinischen und beruflichen Rehabilitationseinrichtungen unterschiedlich. Die unterschiedliche Anzahl von Fokusgruppen in den zwei Rehabilitationsbereichen ist durch Rekrutierungsprobleme begründet. Zum einen waren in den Einrichtungen wenige Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Migrationshintergrund vertreten, zum anderen waren nicht alle kontaktierten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Migrationshintergrund zur Teilnahme an dieser Studie bereit. Übereinstimmend mit der Literatur (siehe zum Beispiel Yilmaz et al. 2009) bestätigte sich, dass die Rekrutierung türkischer Migrantinnen und Migranten für wissenschaftliche Studien schwierig ist.

Obwohl für die Erhebung der möglichen Zugangsproblematik und der Versorgungsqualität der medizinischen rehabilitativen Versorgung aus der Perspektive der betroffenen Aussiedlerinnen und Aussiedler zunächst zwei Fokusgruppen geplant wurden, musste auf Grund von Rekrutierungsproblemen auf Einzelinterviews zurückgegriffen werden. Der Zugang zur Zielgruppe der Aussiedler wurde zunächst durch fehlende Identifikationsmerkmale erschwert, denn die Aussiedlerinnen und Aussiedler erhalten zum einen bei ihrer Einreise nach Deutschland die deutsche Staatsangehörigkeit und werden somit nicht in den Statistiken gesondert aufgeführt. Zum anderen ist die Identifikation anhand der Nachnamen wie bei-

spielsweise bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit türkischem Migrationshintergrund bei der Gruppe der Aussiedler meist nicht möglich, da sie in der Regel deutsche Namen tragen. Viele der angesprochenen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Aussiedlerhintergrund verweigerten die Teilnahme an der Studie. Die erfolgreiche Rekrutierung der vier Studienteilnehmer mit Aussiedlerhintergrund erfolgte mit Hilfe einer bereits bestehenden Kooperation der Fakultät für Gesundheitswissenschaften mit zwei Rehabilitationseinrichtungen. Um die mögliche Zugangsproblematik und die Versorgungsqualität der beruflichen rehabilitativen Versorgung aus der Perspektive der Betroffenen zu beleuchten, wurde eine Fokusgruppe – wie geplant – durchgeführt. Die Wahl fiel auf ein Berufsförderungswerk, in dem sich eine größere Zahl von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Aussiedlerhintergrund aufhielt.

## **4.2 Zugangsbarrieren für die Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen**

Im Folgenden werden Ergebnisse zu möglichen Zugangsbarrieren für die Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen vorgestellt, getrennt für die berufliche und medizinische Rehabilitation.

### **4.2.1 Berufliche Rehabilitation**

#### *Ergebnisse der Experteninterviews*

Die Experteninterviews im Bereich der beruflichen Rehabilitation machen deutlich, dass die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund hinsichtlich ihres Bedarfs sehr heterogen sei und es sowohl hinsichtlich der schulischen und beruflichen als auch der gesundheitlichen Hintergründe sehr viele Differenzen gebe. Den Experten zufolge bestehe der Unterschied zwischen Einheimischen und den Menschen mit Migrationshintergrund darin, dass bei Migrantinnen und Migranten Teile der aus den Herkunftsländern mitgebrachten Bildungsabschlüsse hierzulande oftmals nicht anerkannt würden. Daher sei die berufliche Integration in den hiesigen Arbeitsmarkt für diejenigen, die ihre Schulbildung nicht hierzulande absolviert haben, schwieriger. Während aus Sicht der Experten der Bedarf an beruflichen Rehamaßnahmen in der Gruppe der Aussiedlerinnen und Aussiedler insgesamt gestiegen sei, nutzten Menschen mit türkischem Migrationshintergrund Rehabilitationsberatungen nur selten.

Laut der Experten würden die Betroffenen über die Notwendigkeit der Rehabilitationsleistungen auf verschiedenen Ebenen des Systems informiert, z.B. über den behandelnden Arzt

oder über Beratungsdienste während ihrer Teilnahme an den Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation in Fachkliniken.

Die Vergabe von Rehabilitationsleistungen sei nach Auskunft der Experten von der Eignung des Betroffenen abhängig; dabei seien die gesundheitliche Situation, schulische Voraussetzungen und Sprachkenntnisse entscheidend. Außerdem müsse sich der Schulungsgang bzw. die neue Berufsstellung mit den Ansprüchen auf dem Arbeitsmarkt vereinbaren lassen. Die Vorstellungen von Aussiedlerinnen und Aussiedlern über eine Umschulung seien allerdings teilweise unrealistisch. Oftmals wollten sie eine höhere bzw. eine bestimmte gewünschte Qualifizierung erlangen, als ausgehend von Kompetenzen und Voraussetzungen sowie arbeitsmarkttechnisch möglich und sinnvoll wäre. Menschen mit Suchtproblemen und Migrantinnen und Migranten bzw. Aussiedlerinnen und Aussiedler in höherem Alter erhielten laut Ansicht der Experten im Regelfall keine berufsfördernden Maßnahmen. Aus Sicht der Experten gibt es keine finanziellen Barrieren bei der Inanspruchnahme der Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation; außerdem sind interkulturelle Unterschiede aus Sicht mancher Experten irrelevant und würden bewusst nicht berücksichtigt, um eine objektive Beurteilung zu ermöglichen.

Die Sprachkenntnisse in der Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund seien in den beruflichen Rehabilitationseinrichtungen sehr unterschiedlich: Viele hätten sich die deutsche Sprache gut angeeignet – aber auch bei diesen fehlten oftmals hinsichtlich der Schriftsprache Kompetenzen im Ausdruck und in der Rechtschreibung. Größere sprachliche Hürden seien insbesondere bei weiblichen Rehabilitandinnen mit türkischem Migrationshintergrund vorhanden.

### *Ergebnisse der Fokusgruppen*

Aus der Sicht der befragten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sind folgende Barrieren für türkische Migrantinnen und Migranten sowie Aussiedlerinnen und Aussiedler für die Aufnahme in eine berufliche Rehabilitationsmaßnahme zu nennen:

- bestehende Informationsdefizite über Rehabilitationsmaßnahmen
- fehlendes Engagement der zuständigen Behörden bei Informationsvermittlung, Antragsverfahren und Aufnahme in eine Rehabilitationsmaßnahme
- sprachliche Probleme
- mentalitätsspezifische Barrieren

Anhand der Aussagen wird ersichtlich, dass Menschen mit Migrationshintergrund große Informationsdefizite betreffend beruflicher Rehabilitationsangebote haben. Das gilt besonders für die türkische Migrantinnen und Migranten. Als Vermittler für die entsprechenden Informationen werden vor allem Personen im privaten Umfeld und der behandelnde Arzt

oder in seltenen Fällen die zuständigen Institutionen genannt. Informationen werden hauptsächlich über persönliche Ansprache verbreitet. Für die geringe Inanspruchnahme der rehabilitativen Leistungen wird von den befragten türkischen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden die Einstellung von türkischen Migrantinnen und Migranten bezüglich beruflicher Maßnahmen verantwortlich gemacht. Türkische Personen seien ab einem bestimmten Alter nicht mehr lernbereit und tendierten eher zur Frühberentung.

Die Erfahrungen mit einem Antragsverfahren zeigen unterschiedliche Schwierigkeiten auf. Die Prozedur des Ablaufs bis zur Aufnahme in eine berufliche Rehabilitationsmaßnahme ist besonders für türkische Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit hohem Aufwand verbunden, da Kommunikationsprobleme zu Orientierungslosigkeit und vielen Missverständnissen seitens der türkischen Antragstellerinnen und Antragsteller führten. Manche Rehabilitanden berichten über wiederholte Antragsstellungen für eine berufliche Umschulungsmaßnahme. Die Ablehnung eines Antrages wird von den befragten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit ihrem Migrationsstatus in Verbindung gebracht. Von den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Aussiedlerhintergrund wurde besonders das als nicht ausreichend empfundene Engagement der zuständigen Institutionen bei der Vermittlung von notwendigen Informationen hinsichtlich der beruflichen Rehabilitation und hinsichtlich der benötigten Unterlagen und Formulare kritisiert. Dies verzögerte die Antragstellung. Es wurden außerdem Konflikte zwischen Rehabilitandinnen bzw. Rehabilitanden und Rehabilitationsträgern berichtet. Sie verdeutlichen die Verständigungsprobleme zwischen den Rehabilitandinnen bzw. Rehabilitanden und den zuständigen Institutionen und werden als Mangel an interkultureller Kompetenz interpretiert. Die befragten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden fordern mehr Aufklärung über Eignungstests, die gegebenenfalls für die Annahme bei einer Umschulungsmaßnahme notwendig sind, die Berücksichtigung des eigenen Berufswunsches und kulturelle Sensibilität im beruflichen Rehabilitationsbereich.

Entgegen der Meinung der Experten wird aus dem Gespräch deutlich, dass Frühberentung von den Befragten als unangenehm und nicht erstrebenswert empfunden wird.

### *Schlussfolgerungen*

Die Aussagen der befragten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden weisen auf die Notwendigkeit der Verbesserung der Informationsvermittlung bezüglich beruflicher Rehabilitation für Menschen mit Migrationshintergrund hin. Ein Vergleich der Ergebnisse dieser Studie mit Befunden aus der Literatur ist nur bedingt möglich, da bisher keine wissenschaftliche Studie die Inanspruchnahme von Leistungen der beruflichen Rehabilitation von Menschen mit Migrationshintergrund untersucht hat.

Die in der Literatur (Geiger/Razum 2006; Razum et al. 2004) dargestellten Zugangsbarrieren (Informationsdefizite, Sprachbarrieren, kulturspezifische Barrieren) zu Gesundheitsleistungen für Menschen mit Migrationshintergrund konnten in der vorliegenden Studie auch als mögliche Zugangsbarrieren für die beruflichen Rehabilitationsleistungen identifiziert werden. Besonders den Aussagen der türkischen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ist zu entnehmen, dass der Migrationsstatus den Zugang zu beruflichen Rehabilitationsleistungen zu erschweren scheint.

## 4.2.2 Medizinische Rehabilitation

### *Ergebnisse der Experteninterviews*

Die unmittelbaren Gründe für die Inanspruchnahme der medizinischen Rehabilitationsleistungen durch Migrantinnen und Migranten liegen laut der Experten vor allem in physisch belastenden Arbeitstätigkeiten, die orthopädische Krankheitsbilder wie Bandscheiben-, Knie- und Gelenkbeschwerden auslösen. Mittelbar würden durch die negativen wirtschaftlichen Veränderungen Tendenzen verstärkt, im Fall der Erwerbslosigkeit den Rückzug in die Arbeitsunfähigkeit anzustreben. Die Schmerzäußerung und der Wunsch, sich als arbeitsunfähig bestätigen zu lassen, seien individuell verschieden und beeinflussten die Vergabe von medizinischen Rehabilitationsleistungen maßgeblich. Dabei betont der Experte, dass das beschriebene Verhalten nicht vom Migrationshintergrund des Betroffenen abhängig sei, sondern vielmehr von seinem Arbeitsplatz und den Arbeitsbedingungen.

Aus Sicht der Experten verfügen die beiden einbezogenen Migrantengruppen – insbesondere die Gruppe mit türkischem Migrationshintergrund – auf Grund des engen Zusammenhalts in Familie und sozialem Umfeld über einen ausreichenden Informationsstand hinsichtlich der Möglichkeiten der rehabilitativen Versorgung. Bei Bedarf erhielten die Betroffenen diesbezüglich Unterstützung von den zuständigen Rehabilitationsträgern.

Die Vergabe der medizinischen Rehabilitationsleistungen erfolge primär anhand zweier Kriterien: der bestehenden Krankheitsdiagnose und der Häufigkeit der Perioden von Arbeitsunfähigkeit in den letzten zwei Jahren vor der Antragstellung. Neben der stationären Rehabilitation gewannen ambulante präventive Maßnahmen wie Entspannungstechniken und Kräftigungsübungen zunehmend an Bedeutung. Aus Sicht der Experten würden Sportgruppen aber vor allem von den Frauen mit islamischem Hintergrund gemieden, wenn sie von Teilnehmern beider Geschlechter besucht werden. In der Gruppe der Aussiedlerinnen und Aussiedler bestünden ebenfalls religionsbedingte Barrieren, die sich in einigen Religionsge-

meinschaften auf die Ablehnung bestimmter Behandlungsmethoden – zum Beispiel Spritzen und „fernöstliche“ Medizin – bezögen.

### *Ergebnisse der Fokusgruppen*

Den Ergebnissen der Fokusgruppen nach ist der Zugang zu medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen für Menschen mit Migrationshintergrund mit Schwierigkeiten verbunden. Viele Faktoren, die in der Literatur für eine geringe Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten durch die Menschen mit Migrationshintergrund verantwortlich gemacht werden (Informationsdefizite, Sprachbarrieren, kulturspezifische Barrieren), wurden als mögliche Zugangsbarrieren zur rehabilitativen medizinischen Versorgung bestätigt (Geiger/Razum 2006; Razum et al. 2004). Durch diese Studie wurde auch bestätigt, dass sprachliche Barrieren eine Herausforderung für Menschen mit Migrationshintergrund darstellen. Besondere Kommunikationsschwierigkeiten haben Migrantinnen und Migranten der ersten Generation. Ältere Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sind der Ansicht, dass die ihnen nachfolgende Generation bessere Chancen beim Zugang zur gesundheitlichen Versorgung haben werde, da sie über bessere Sprachkenntnisse verfüge und informierter sei.

Neben der sprachlichen Problematik stellt (entgegen der Meinung der Experten) aus der Sicht der Rehabilitanden in dieser Studie auch das Unwissen über ihnen zustehende Leistungen eine wichtige Barriere für die Inanspruchnahme einer Rehabilitationsmaßnahme dar.

Unkenntnis über Ansprüche bzw. den rechtlichen Rahmen der medizinischen Rehabilitation führten aus der Sicht der Befragten zu „Ungerechtigkeiten“ bzgl. des Zugangs zu Rehabilitationsleistungen für Menschen mit Migrationshintergrund. Die befragten Personen mit Aussiedlerhintergrund sehen die den Rehabilitationsmaßnahmen vorhergehenden Krankenhausaufenthalte als Erleichterung für den Zugang zu medizinischen Rehabilitationsleistungen. Abgesehen von fehlenden Informationen zu den Leistungen sind große Informationsdefizite in Bezug auf Krankheitsbilder zu beobachten.

Zusätzlich beruhen Schwierigkeiten im Zugang zur Rehabilitation auf kultur- bzw. religionspezifischen Besonderheiten. Laut den befragten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden entsprechen die in den Kliniken durchgeführten Anwendungen und Programme nicht immer den kulturellen und traditionellen Normen. Aus diesem Grund gingen insbesondere türkische Frauen nicht gerne in eine Rehabilitationseinrichtung. Die Befragten deuten an, dass besonders die strenggläubigen muslimischen Frauen nicht in den Kliniken vertreten seien. Außerdem wurden aus Sicht der Befragten geschlechtsspezifische Unterschiede festgestellt; so nähmen Frauen seltener an Rehabilitationsmaßnahmen teil, um ihren Pflichten im familiären Bereich nachgehen zu können.



Auch hinsichtlich der Antragstellung für eine medizinische Rehabilitation berichten die Befragten unterschiedliche Erfahrungen. Manche türkischen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden beschrieben keine Schwierigkeiten während der Antragstellung, andere hingegen hatten das Gefühl, dass die zuständige Institution das Antragsverfahren in die Länge zog; diese Rehabilitandinnen und Rehabilitanden fühlten sich dadurch benachteiligt.

### *Schlussfolgerungen*

Wie in anderen Untersuchungen weisen auch in dieser Studie Aussagen von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden höheren Alters darauf hin, dass die medizinischen Rehabilitationsleistungen erst spät und bei schlechterem Gesundheitszustand in Anspruch genommen werden als in der Mehrheitsbevölkerung (vgl. Schmeling-Kludas et al. 2003; Nickel et al. 2006; Mösko et al. 2008). Teilweise lässt sich das auf Informationsdefizite hinsichtlich rehabilitativen Leistungen sowie Krankheitsbildern zurückführen (vgl. auch Rodewig 2000; Schmeling-Kludas et al. 2003; Keller 2004; Razum et al. 2004; Algül/Mielck 2005; Dietzel-Papakyriakou/Olbermann 2005; Dreissig 2005; Eberding/Schlippe 2005; Geiger/Razum 2006; Myllymäki-Neuhoff 2006; Koch/Brähler 2008; Lindert et al. 2008; Mielck 2008; Schenk et al. 2008; Ilkilic 2005). Fehlende und teilweise auch falsche Informationen über Leistungen der medizinischen Rehabilitation sind eine große Hürde.

Sozialrechtliche Regelungen hinsichtlich eines möglichen durch die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen bedingten Verlustes eingezahlter Rentenbeiträge bei einer Rückkehr ins Heimatland scheinen – nach den Aussagen der befragten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden – zumindest für Menschen mit türkischem Migrationshintergrund höheren Alters nach wie vor Einfluss auf das Inanspruchnahmeverhalten zu haben – trotz einer rückläufigen Zahl der Beitragserstattungen in den letzten Jahren (vgl. Kapitel 2.5.3). Dieser Aspekt sollte Gegenstand zukünftiger Untersuchungen sein.

Ein wichtiger kulturspezifischer Aspekt ist die emotionale Bindung an die Familie, die als ein Hindernis für einen Aufenthalt in der Rehabilitationsklinik zu wirken scheint. Die türkischen Rehabilitandinnen berichten, dass sie eigentlich keine räumliche Entfernung von ihren Familien wünschen. Auch dieses Ergebnis könnte die geringere Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch Menschen mit Migrationshintergrund teilweise erklären.

In der Literatur werden auch unterschiedliche Gesundheits- und Krankheitskonzepte als mögliche Zugangsbarrieren zur gesundheitlichen Versorgung diskutiert (Rodewig 2000, Schmeling-Kludas et al. 2003, Razum et al. 2004, Dietzel-Papakyriakou/Olbermann 2005, Eberding/Schlippe 2005, Behrens/Calliess 2008). Durch diese explorative Untersuchung konnte nicht bestätigt werden, dass Gesundheits- und Krankheitskonzepte einen Einfluss auf

das Inanspruchnahmeverhalten türkischer Migrantinnen und Migranten im Bereich der rehabilitativen Leistungen ausüben.

Die subjektiv empfundene Diskriminierung der befragten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bei den Rehabilitationsträgern wird auch durch die vorhandene Literatur bestätigt (vgl. Zielke-Nadkarni 1999). Die empfundene Benachteiligung beim Zugang zu den rehabilitativen Leistungen wird von den Betroffenen auf ihren Migrationsstatus zurückgeführt. Diese Ergebnisse, die nicht generalisiert werden können, weisen auf die Notwendigkeit hin, eine tiefere Untersuchung zu möglicher subjektiv empfundener und/oder objektivierbarer Diskriminierung durchzuführen.

## **4.3 Unterschiede in der Versorgungsqualität von Rehabilitationsleistungen**

Im Folgenden werden Auswertungsergebnisse zu möglichen Unterschieden in der Versorgungsqualität von Rehabilitationsleistungen vorgestellt.

### **4.3.1 Berufliche Rehabilitation**

#### *Sicht der Experten*

Die Ergebnisse der Interviews von Experten in der beruflichen Rehabilitation weisen darauf hin, dass die Inanspruchnahme von beruflichen Rehabilitationsleistungen besonders für türkische Migrantinnen und Migranten mit Problemen und damit auch mit Einschränkungen in der Wirksamkeit verbunden zu sein scheint. Hervorzuheben sind die Beschränkungen, die durch fehlende Deutschkenntnisse entstehen. Kulturelle und religiöse Unterschiede scheinen häufig Unverständnis beim Einrichtungspersonal hervorzurufen und Geschlechts- und kulturspezifische Unterschiede die Versorgungsqualität in der Rehabilitation von Menschen mit türkischem Hintergrund zu beeinflussen. Türkische Personen würden sehr stark an der eigenen Kultur und den damit eng verbundenen religiösen Vorstellungen festhalten, was von den befragten Experten als kulturelle Barriere empfunden wird. Von den befragten Experten werden bei türkischen Migrantinnen und Migranten der hohe Stellenwert der Familie sowie ein unterschiedliches Verständnis der Geschlechterrollen festgestellt. Die Familie kann großen Einfluss auf türkische Rehabilitandinnen und Rehabilitanden haben, was positiv sein könne, jedoch von den Experten häufiger negativ gesehen wird. Eine Folge seien erhöhte Fehlzeiten in der Maßnahme. In Bezug auf Aussiedlerinnen und Aussiedler werden keine Probleme hinsichtlich der regelmäßigen Teilnahme an Kursen genannt.

Aussiedlerinnen und Aussiedler sind nach Angaben der Experten auch durchschnittlich stark religiös eingebunden und ihre familiären Bindungen sind wie bei Menschen mit türkischem Hintergrund sehr eng. Nach Ansicht der Experten blieben die Rehabilitanden aus den verschiedenen Herkunftsländern in den Berufsförderungswerken häufig unter sich. Die enge Gruppenbildung habe laut des Experten Vorteile hinsichtlich der gegenseitigen Unterstützung und der sozialen Beziehungen – allerdings erschwere sie teilweise die Integration in den deutschen Arbeitsmarkt.

Laut der Experten könnten sich die sprachlichen Defizite der vornehmlich männlichen Aussiedler stark auf die Versorgungsqualität und den Umgang mit Menschen mit Aussiedlerhintergrund in der beruflichen Rehabilitation auswirken. So erweise sich bei Sprachschwierigkeiten oftmals bereits die Abklärung der beruflichen Eignung bzw. Leistungsfähigkeit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Rehabilitationsassessment als schwierig. Dies sei auf eine fehlende Existenz fremdsprachiger Testverfahren zurückzuführen – zwar sei das Aufgabematerial sprachfrei, die Instruktionen allerdings seien auf Deutsch. Dieser Problematik werde mit einem Nachtesten nach einer sprachlichen Förderung und weiterhin mit Verhaltensbeobachtung und Arbeitserprobung begegnet, welche eine Beurteilung von Geschick, Kompetenz und Verständnis der Teilnehmer zulassen. Diese ausführlichen Testungen – mit denen eine angemessene berufliche Empfehlung sichergestellt würde – zeigten, dass Aussiedlerinnen und Aussiedler in der Regel mathematisch-naturwissenschaftlich gut ausgebildet seien. Aufgrund von sprachlichen Defiziten schieden für Aussiedlerinnen und Aussiedler Umschulungsmaßnahmen beispielsweise in kaufmännischen Berufen allerdings meist aus; das Augenmerk bei dieser Zielgruppe werde in Richtung handwerklich-technische Berufe gerichtet. Eine Schwierigkeit hierbei bestehe darin, dass auch für diese beruflichen Tätigkeiten sprachliche Mindestqualifikationen vorausgesetzt werden müssten. Deshalb sei vor der Aufnahme einer konkreten beruflichen Rehabilitationsmaßnahme der Besuch von vorbereitenden Maßnahmen – hierzu zählten ein vorgeschalteter Sprachkurs sowie ein Rehabilitationsvorbereitungslehrgang – bei Menschen mit Migrationshintergrund nahezu immer erforderlich.

Während es für die Aussiedlerinnen und Aussiedler unproblematisch sei, aus sprachlicher Sicht dem Unterricht zu folgen sowie Unterhaltungen zu führen, bereite das Erstellen von Bewerbungsanschreiben sowie das Führen von Vorstellungsgesprächen dennoch Schwierigkeiten. Die sprachlichen Defizite der Aussiedlerinnen und Aussiedler seien dabei nicht wesentlich problematischer als bei Menschen mit türkischem Hintergrund. Nach Ansicht der Experten habe der Migrationshintergrund Auswirkungen auf Verlauf und Versorgungsqualität der Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation und sollte systematisch erhoben werden. Auf Seiten der Experten wird mehr Wissen über die andere Kultur gewünscht, welches dazu beitragen sollte, mehr Verständnis für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Migrationshintergrund zu entwickeln.

### *Ergebnisse der Fokusgruppen*

Die Ergebnisse der Fokusgruppen zeigen, dass die beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen von befragten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden insgesamt als wirksam betrachtet werden. Die Verbesserung der finanziellen Lage der Familie wird als ein wichtiger Grund für die Entscheidung, eine Rehabilitationsmaßnahme mit Erfolg abzuschließen, angegeben.

Laut den befragten Personen sei die wichtigste Kompetenz für die Teilnahme bzw. den Erfolg die Beherrschung der deutschen Sprache. Während die Expertinnen und Experten der Ansicht sind, dass Aussiedlerinnen und Aussiedler keine Schwierigkeiten hätten, aus sprachlicher Sicht dem Unterricht zu folgen, entstünden nach Meinung der Aussiedlerinnen und Aussiedler durch Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache sehr wohl Lernschwierigkeiten, die zu erhöhtem Lernaufwand und zu psychischem Druck führten. Ohne die deutsche Sprache zu beherrschen, sei das Absolvieren einer Umschulungsmaßnahme nicht realistisch. Die befragten Personen deuten auch an, dass der Umfang der angebotenen Sprachförderungskurse für sie nicht ausreichend sei. Sprachkenntnisse fungierten als wichtiger Entscheidungs- und Selektionsfaktor und bestimmten mit darüber, in welche Umschulungsberufe die Rehabilitanden aufgenommen werden. Folglich werde die Berufswahl anhand der vorhandenen Sprachkompetenzen und nicht immer nach Wünschen und Interessen der Betroffenen getroffen.

Die befragten Personen mit Aussiedlerhintergrund betonen, dass die Motivation für eine erfolgreiche Durchführung der beruflichen Rehabilitationsmaßnahme unabhängig vom Migrationshintergrund von der Persönlichkeit des Betroffenen abhängt. Türkischstämmige Rehabilitandinnen und Rehabilitanden berichten von Konflikten mit einheimischen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Aufgrund von fehlender Akzeptanz und Sensibilität für die Migrationsthematik komme es manchmal zu Auseinandersetzungen und Meinungsverschiedenheiten.

### *Schlussfolgerungen*

Literatur zur Versorgungsqualität beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen und zu möglichen Gründen für Unterschiede rehabilitativer Leistungen bei Migrantinnen und Migranten fehlt in Deutschland weitgehend. Die in der Literatur genannten Wirksamkeitsbarrieren bei Gesundheitsdiensten im Allgemeinen finden sich bezogen auf die berufliche Rehabilitationsversorgung auch in den Ergebnissen dieser Studie wieder. Neben Sprachbarrieren können Unterschiede in Kultur und Religion sowie unterschiedliche Geschlechterrollen den Erfolg einer Rehabilitationsmaßnahme beeinträchtigen (vgl. Brzoska/Razum 2009; Razum/Geiger 2003;

Razum et al. 2004; Geiger/Razum 2006; Rodewig 2000; Brandenburg 1994). Bisher werden Konflikte, die sich aus den ganz unterschiedlichen Erfahrungen der Generation der Zuwanderer und der ihrer Nachfahren ergeben, noch zu wenig beachtet. So ergaben die Experteninterviews im Bereich der beruflichen Rehabilitation, dass bei den Migrantinnen und Migranten ein kulturelles Identitätsproblem zu bestehen scheint, das zu starker Unsicherheit führen kann. Außerdem ist auf Grundlage der Interviews zu schlussfolgern, dass die kulturspezifischen Bedürfnisse der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden von der Aufnahme an bis zur Entlassung aus der Rehabilitationsmaßnahme stärker berücksichtigt werden sollten, um eine effizientere Versorgung zu gewährleisten. Die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden benötigen individuelle Unterstützung bzw. Betreuung, um ihre Umschulungsmaßnahmen effektiver gestalten und erfolgreich abschließen zu können.

### **4.3.2 Medizinische Rehabilitation**

#### *Ergebnisse der Experteninterviews*

Auf Basis der Aussagen der Klinikmitarbeiterinnen und -mitarbeiter lassen sich zahlreiche Herausforderungen im Umgang mit Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Migrationshintergrund identifizieren, die vornehmlich aus sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten sowie soziokulturellen Unterschieden resultieren und ohne entsprechende Lösungsstrategien zur Beeinträchtigung der Versorgungsqualität führen können. Gleichwohl muss an dieser Stelle auf die Heterogenität innerhalb der Gruppe der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden türkischer Herkunft hingewiesen werden – sprachliche Probleme wie auch die vom Klinikpersonal empfundene ‚kulturelle Unterschiede‘ sind innerhalb der Gruppe unterschiedlich stark ausgeprägt.

Die befragten Experten sind der Ansicht, dass es hinsichtlich des Ausmaßes von Sprachschwierigkeiten deutliche Unterschiede innerhalb der Gruppe der türkischen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gebe. Diese Unterschiede seien alters- und geschlechtsspezifisch. Die größten Probleme, sich in der deutschen Sprache zu verständigen, hätten im Allgemeinen ältere türkische Patientinnen und Patienten, darunter insbesondere Frauen. Die ungenügenden Deutschkenntnisse der ersten Generation türkischer Migrantinnen und Migranten hätten Konsequenzen auf alle Bereiche der Rehabilitation, in denen Kommunikation eine Rolle spielt. Angefangen bei der Aufnahme der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, der Durchführung der Anamnese im Arzt-Patienten-Gespräch und in den Beratungsangeboten innerhalb der Klinik, reichten sie bis hin zu nur eingeschränkten Weitervermittlungsmöglich-

keiten in Qualifizierungsmaßnahmen und ambulante Angeboten. Informationsverluste seien die Folge und hätten Auswirkungen auf die Diagnosestellung und Behandlung, das Wissen über die Krankheit und Rehabilitationsmaßnahmen, die Compliance, Motivation und Krankheitsbewältigung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Die befragten Klinikmitarbeiterinnen und -mitarbeiter zeigten teils Verwunderung, teils auch Unverständnis darüber, dass ältere türkische Rehabilitandinnen und Rehabilitanden trotz der oftmals sehr langen Aufenthaltsdauer in Deutschland über so geringe Deutschkenntnisse verfügen, und erklären dies mit fehlendem Interesse, Integrationsschwierigkeiten, fehlenden Möglichkeiten („Baustellendeutsch“) und mit – in Folge des höheren Alters – mangelnder Lernfähigkeit und fehlendem Willen. Es wird auch deutlich, dass einige in deutschen Rehabilitationskliniken häufig zur Therapie verschriebenen Anwendungen und Angebote nicht zu den kulturellen Gepflogenheiten – vornehmlich älterer – türkischer Patientinnen und Patienten zu passen scheinen. In allen der befragten Kliniken wird die Erfahrung gemacht, dass türkische Rehabilitandinnen an Schwimmangeboten wie Wassergymnastik entweder gar nicht oder zumindest nicht in gemischtgeschlechtlichen Gruppen teilnehmen möchten. Hindernisse zur Teilnahme an den Schwimmangeboten seien entweder die Kleiderordnung, die Anwesenheit von männlichen Patienten oder auch fehlende Schwimmkenntnisse.

Auch im Umgang mit Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Aussiedlerhintergrund kommt es zu Kommunikationsschwierigkeiten auf sprachlicher Ebene. Die sprachlichen Probleme seien geschlechtsspezifisch (größer bei den weiblichen Rehabilitandinnen) und je nach Herkunftsland unterschiedlich stark ausgeprägt. Da Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Aussiedlerhintergrund im Vergleich zu denen türkischer Herkunft optisch und aufgrund der deutschen Namen weniger offensichtlich auffielen, sei das Klinikpersonal auf mögliche Sprachprobleme nicht vorbereitet oder stelle die Verständnisschwierigkeiten der Patientin/des Patienten z.B. im Rahmen von Gruppenberatungsangeboten erst verspätet fest.

Obwohl nicht danach gefragt, wurde von den Experten geäußert, dass sich Aussiedlerinnen und Aussiedler hinsichtlich der Schmerzsymptomatik und -darstellung stark von den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden türkischer Herkunft unterscheiden würden. So gäben diese häufig Schmerzen an, die nicht im Zusammenhang mit der Erkrankung oder der vorangegangenen Operationen stünden und allgemein und unspezifisch seien. Außerdem beobachtet das Einrichtungspersonal bei türkischen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden oftmals geringe Motivation, Engagement und eigenverantwortliches Mitwirken am Rehabilitationsprozess. Es wird als gelegentlich schwer oder gar unmöglich beschrieben, türkische Patientinnen und Patienten zu aktiverem Mitwirken und Übernahme von Selbstverantwortung zu motivieren.

### *Ergebnisse der Fokusgruppen*

Die Fokusgruppen zeigen, dass in manchen der in die Untersuchung einbezogenen medizinischen Rehabilitationseinrichtungen eine Sensibilität für die Bedürfnisse der Menschen mit Migrationshintergrund vorhanden ist und in der Behandlung bereits Berücksichtigung findet. Bei der Umsetzung der migrationsspezifischen Konzepte träten jedoch noch Schwierigkeiten auf, da nur ein Teil der subjektiven Bedürfnisse der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit türkischem Migrationshintergrund bedacht würde.

Vor allem die sprachlichen und kulturellen Barrieren erschweren laut der Befragten eine hohe Versorgungsqualität der türkischen Migrantinnen und Migranten in den medizinischen Rehabilitationseinrichtungen. Insbesondere die erste Generation von Menschen mit türkischem Hintergrund berichtet stärker über ihre sprachlichen Probleme als die nachfolgenden Generationen. Durch die sprachlichen Schwierigkeiten fänden sie sich schlecht in den Einrichtungen zurecht. Bei den Anwendungen würden die Anweisungen der Mitarbeiter nicht verstanden und bei der Medikamenteneinnahme könne es zu Problemen kommen. Eine weitere Sorge ist, dass aufgrund der Verständigungsprobleme eine Fehldiagnose gestellt werden könnte. Diese sprachlichen Probleme sind für die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden eine zusätzliche psychische Belastung. Auch bei Personen mit Aussiedlerhintergrund führten die Sprachbarrieren zu Missverständnissen, die durch die fehlenden Nachfragen der Ärztinnen bzw. Ärzte und die begrenzte Sprechstundenzeit nicht behoben würden. Alles in allem äußern die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden den Eindruck, dass besonders Psychotherapien aufgrund der kulturellen Unterschiede nicht erfolgreich seien.

An den Aussagen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ist zu erkennen, dass es für männliche Rehabilitanden leichter ist als für Rehabilitandinnen, im Klinikalltag zurechtzukommen. So fällt es insbesondere türkischen Rehabilitandinnen, besonders den religiös orientierten Frauen, häufig schwer, an den Anwendungen teilzunehmen.

Der Einsatz der Angehörigen oder anderer Rehabilitandinnen und Rehabilitanden für die Übersetzung zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten und Rehabilitandinnen bzw. Rehabilitanden wird von der Befragten kritisiert. Aber auch Dolmetscher scheinen nicht immer die richtige Lösung zu sein: In der vorliegenden Studie zeigten sich die türkischen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden unzufrieden mit der Anwesenheit eines Dolmetschers in der Psychotherapie. Obwohl der Dolmetscher die Verständigung zwischen den Therapeutinnen bzw. Therapeuten und den Rehabilitandinnen bzw. Rehabilitanden erleichtere, führe die Anwesenheit einer dritten Person zu einem zurückhaltenden Verhalten seitens des Rehabilitanden. Dies könne nach Ansicht der Befragten den Rehabilitationserfolg maßgebend beeinflussen. Die befragten Aussiedlerinnen und Aussiedler halten ihre Sprachkenntnisse für den Alltag und für die Teilnahme an den Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation für ausreichend. Dennoch

beklagen sie gewisse Sprachbarrieren während des Kontakts zu den Repräsentanten der Gesundheitsversorgung, die teilweise zu Missverständnissen führen könnten.

Unter den spezifischen Angeboten wird die Schulungsmaßnahme für türkische Diabetiker von den meisten Experten sowie Rehabilitandinnen und Rehabilitanden als eine gute Möglichkeit angesehen, das Selbstmanagement zu verbessern. In den Ergebnissen zeigt sich, dass die speziellen Angebote mit Berücksichtigung der kulturellen und sprachlichen Besonderheiten für Menschen mit Migrationshintergrund eine positive Wirkung auf die empfundene Wirksamkeit der Rehabilitanden zu haben scheinen.

### *Schlussfolgerungen*

Die Auswertung zeigt, dass soziokulturelle Unterschiede zu Unsicherheiten des Personals im angemessenen Umgang mit den Migrantengruppen führen können. So haben türkische Rehabilitandinnen und Rehabilitanden beispielsweise ein anderes Schmerzempfinden und einen anderen Schmerzausdruck, der bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu Unsicherheiten im Umgang mit den Patientinnen und Patienten führt. Ein fatalistisches Krankheitsverständnis, welches die Krankheit als von Gott gegeben ansieht, vermindert zudem die Bereitschaft zum eigenen Mitwirken an der Verbesserung des Krankheitszustandes bzw. an der Verhinderung weiterer Krankheitsereignisse (Brzoska/Razum 2009). Der kulturelle Einfluss stellt für die Gesundheitsprofessionellen eine große Herausforderung bezüglich des Verständnisses von Krankheit im Behandlungsprozess dar (vgl. Ilkic/Taksim 2007). So würden laut den Fokusgruppen besonders während der Psychotherapie große Probleme aufgrund von kulturellen Unterschieden erlebt.

Die vorliegende Studie zeigt eine Diskrepanz zwischen den Bedürfnissen und Erwartungen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden auf der einen Seite und dem Angebot, den Zielen und Erwartungen des deutschen Rehabilitationssystems auf der anderen Seite auf. Während das Klinikpersonal von den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden Eigeninitiative und Übernahme von Eigenverantwortung erwartet, geben besonders türkische Rehabilitandinnen und Rehabilitanden vermehrt die Verantwortung an den Behandelnden ab. Einige Klinikmitarbeiterinnen und -mitarbeiter sehen bei türkischen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden auch einen verstärkten Wunsch nach Akzeptanz der Erkrankung durch weitere Krankschreibung oder Berentung.

Die Unkenntnisse der Therapeutinnen und Therapeuten über die kulturellen Besonderheiten der Klientel führen zu Missverständnissen zwischen Rehabilitandinnen bzw. Rehabilitanden und Therapeutinnen bzw. Therapeuten. Das haben bereits Studien für andere Versorgungsbereiche aufgezeigt (z.B. Stange-Budumlu 2005; Yildirim-Fahlbusch 2003; Ilkic 2005). Für diese Missverständnisse ist womöglich die mangelnde Berücksichtigung der Kulturspezifik



(verschiedene Krankheitsverständnisse, Mentalitätsunterschiede) verantwortlich. Die aus den Verständigungsschwierigkeiten resultierenden Missverständnisse können den Experten zufolge zu Frustration und Wut bei den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und behandelnden Personen führen und damit möglicherweise auch Auswirkungen auf die Beziehung der Beteiligten haben. Die Ergebnisse stimmen hier mit den von Dressler (2009) anhand von Mitarbeiterinterviews identifizierten Herausforderungen in der interkulturellen Kommunikation in einem österreichischen Rehabilitationszentrum überein.

Zusammenfassend bestätigt die vorliegende Studie in der Literatur beschriebene Barrieren, die Einfluss auf die Versorgungsqualität und damit auf den Rehabilitationserfolg haben können. Zwar scheinen manche Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation kulturspezifische Bedürfnisse von Menschen teilweise zu berücksichtigen. Allerdings handelt es sich dabei nicht um systematische Strategien. So werden in den bestehenden Lösungsansätzen nicht alle subjektiven Bedürfnisse der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit türkischem Migrationshintergrund bedacht, was möglicherweise einen Einfluss auf die Versorgungsqualität dieser Rehabilitandengruppe hat.

Im Hinblick auf sprachliche Kommunikationsschwierigkeiten erscheinen insbesondere muttersprachliche Angebote im Bereich der Patientenschulungen sinnvoll, wo Verhaltensänderungen angestoßen werden sollen, die stark in den Alltag der Patientinnen und Patienten hineinreichen. Dem Bedarf an spezifischen Angeboten für Menschen mit Migrationshintergrund stehen zum einen finanzielle und organisatorische Barrieren und zum anderen auch eine teilweise ablehnende Haltung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden seitens der Rehabilitationsträger und Leistungsanbieter entgegen. Eine flächendeckende Versorgung mit parallelen Gesundheitsdienstleistungen für Menschen mit Migrationshintergrund wäre auch finanziell und qualitativ nicht zu leisten, vor allem aber wäre sie der Integration nicht zuträglich (Razum et al. 2008). Um der Sprachproblematik und den soziokulturellen Besonderheiten zu begegnen, kommen in den Kliniken teils systematische, teils im Alltag entwickelte Lösungsstrategien zur Anwendung. Der Einsatz von Familienangehörigen, Mit-Patientinnen und -Patienten und unqualifiziertem Klinikpersonal ist allerdings als kritisch anzusehen (siehe hierzu auch Stange-Budumlu 2005; Algül/Mielck 2005). Mangels professioneller Lösungen ist der Einsatz dieser Laiendolmetscher dennoch die am häufigsten genannte Lösungsstrategie zur Bewältigung von sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten. Qualifiziertes türkischsprachiges Personal kommt in den befragten Kliniken nur vereinzelt zum Einsatz.

## 4.4 Zusammenfassung und Fazit

Die Ergebnisse der Experteninterviews und Fokusgruppen in der beruflichen und medizinischen Rehabilitation zeigen, dass Sprach- und kulturelle Barrieren zentrale Probleme im Rehabilitationsprozess sein können. Diese Befunde bestätigen die in der Literatur erwähnten Zugangsbarrieren (Razum et al. 2004, Geiger/Razum et al. 2006, Spallek/Razum 2007) und könnten die vergleichsweise geringere Inanspruchnahme rehabilitativer Maßnahmen durch Menschen mit Migrationshintergrund zumindest teilweise erklären.

Sprachliche und kulturelle Hürden können sich auch negativ auf die Versorgungsqualität und den Rehabilitationserfolg von Menschen mit Migrationshintergrund in der beruflichen und medizinischen Rehabilitation auswirken. Auch in dieser Hinsicht bestätigt die Untersuchung bestehende Erkenntnisse aus der Literatur. So ist bekannt, dass aufgrund kultureller Unterschiede entstandene Missverständnisse die Arzt-Patienten-Beziehung stören können (Yildirim-Fahlbusch 2003). Sprachliche und kulturspezifische Besonderheiten, zu denen laut der Befragten Unterschiede im Krankheitsverständnis, der Schmerzäußerung ebenso wie der Krankheitsbewältigung zählen (vgl. weiterführend Brzoska/Razum 2009), können darüber hinaus medizinische Eingriffe und die Umsetzung von therapeutischen Anwendungen erschweren. Im Bereich der beruflichen Rehabilitation wird die Versorgungsqualität ferner durch Lernschwierigkeiten und psychischen Druck nachteilig beeinflusst, die mit den sprachlichen Defiziten einhergehen. Hierbei sind beispielsweise die noch nicht an Menschen mit Migrationshintergrund angepassten Testverfahren eine große Hürde. Hinzu kommen große Informationsdefizite auf Seiten von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sowie ein von den Befragten als fehlendes Engagement empfundenes Verhalten zuständiger Rehabilitationsträger (Krankenkassen, Rentenversicherung und Bundesagentur für Arbeit).

Bedürfnisse und Bedarfe von Menschen mit Migrationshintergrund scheinen nur zum Teil im Rehabilitationsalltag der in die Untersuchung einbezogenen Einrichtungen Berücksichtigung zu finden. Im Hinblick auf Verständigungsprobleme werden zwar migrantenspezifische Maßnahmen umgesetzt (hierzu zählt zum Beispiel der Einsatz von Angehörigen oder Mit-Rehabilitandinnen und -Rehabilitanden als Dolmetscher). Ein solches Vorgehen ist aber im Hinblick auf den Therapieerfolg nicht optimal, da einerseits die Laiendolmetscher keine Fachkompetenzen besitzen und sich die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden andererseits bei Anwesenheit eines Dritten zurückhalten (Stange-Budumlu 2005). So wird auch im Rahmen dieser vorliegenden Untersuchung der Einsatz von Laien in den Therapien (besonders in den psychologischen Therapien) von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden kritisiert.

Die oben identifizierten Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren begleiten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Migrationshintergrund ihrer eigenen Einschätzung nach von der Antragstellung bis zum Ende des Rehabilitationsprozesses. Kapitel 5 fasst Vorschläge für

Maßnahmen zusammen, die im System der beruflichen und medizinischen Rehabilitation umgesetzt werden könnten, um diese Problembereiche zu adressieren. Insgesamt verdeutlicht die qualitative Untersuchung die Notwendigkeit neuer Handlungsstrategien, um den Zugang in die rehabilitative Versorgung und die Wirksamkeit der Rehabilitationsmaßnahmen zu verbessern.

# 5 Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

## 5.1 Schlussfolgerungen

Bisher haben sich nur wenige Untersuchungen mit der rehabilitativen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund beschäftigt, die darüber hinaus auf einzelne Versorgungsausschnitte beschränkt waren. Aufbauend auf bisherigen Arbeiten beleuchtet dieser Bericht zum ersten Mal umfassend die Versorgung unterschiedlicher Gruppen von Menschen mit Migrationshintergrund im Bereich der medizinischen und beruflichen Rehabilitation.

Mit Hilfe von Routinedaten und Auswertungen des Sozio-oekonomischen Panels wurde aufgezeigt, dass Menschen ausländischer Staatsangehörigkeit im Vergleich zu Deutschen teilweise stärker von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten betroffen sind, medizinische Rehabilitationsmaßnahmen in geringerem Maße in Anspruch nehmen und höhere Frühberentungsquoten aufweisen. Diejenigen, die Angebote der medizinischen Rehabilitation wahrnehmen, schließen im Mittel mit einem geringeren Rehabilitationserfolg ab.

Hinsichtlich des Zugangs zu Rehabilitationsmaßnahmen konnten in den Experteninterviews keine Hinweise auf eine direkte Diskriminierung der untersuchten Migrantengruppen gefunden werden. Vielmehr wiesen die befragten Experten darauf hin, dass die Vergabe von Leistungen nach formalen Bewilligungsregeln erfolge, die für alle Antragssteller gleichermaßen gelten. Auch mögliche indirekte Zugangsbarrieren, wie z.B. die in Kap. 2.5.3 beschriebenen sozialrechtlichen Regelungen, wurden von den Experten nicht genannt. So hat nach Expertenaussagen z.B. das früher insbesondere von Türkinnen und Türken häufiger praktizierte Verhalten, sich bei Rückkehr in die Türkei die bezahlten Rentenbeiträge rückerstatten zu lassen, heute weitestgehend an Bedeutung verloren. In den Fokusgruppen stellte sich dieser Sachverhalt anders dar. Ältere Menschen mit türkischem Migrationshintergrund nannten die beschriebenen sozialrechtlichen Regelungen als möglichen Hinderungsgrund für die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen, da im Falle der Inanspruchnahme einer Rehabilitationsmaßnahme eine Auszahlung eingezahlter Rentenbeiträge bei einer Rückkehr ins Herkunftsland nicht erfolgen könne. Diese unterschiedlichen Wahrnehmungen sollten in zukünftigen Untersuchungen näher fokussiert werden.

In der qualitativen Untersuchung konnten zudem Faktoren identifiziert werden, die eng mit einem Migrationshintergrund verknüpft sind und gleichzeitig den Zugang zu beruflichen und medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen sowie den Erfolg dieser Maßnahmen beeinflussen können. Zu nennen sind hier insbesondere die deutsche Sprachkompetenz, Informationsde-

fizite, soziokulturelle Einflussfaktoren und soziodemographische Merkmale wie Bildung und Berufsausbildung.

**Deutsche Sprachkompetenz:** Dieser Faktor hat wohl den wichtigsten Einfluss sowohl auf Zugang zu als auch Erfolg von Maßnahmen der beruflichen oder medizinischen Rehabilitation. Während noch der Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach „Aktenlage“ geregelt ist und somit die deutsche Sprachkompetenz allenfalls im Vorfeld bei der Antragstellung eine Rolle spielen könnte, erfolgt der Zugang zu Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation i.d.R. über ein persönliches Eignungsgespräch bzw. einen Eignungstest, der z.B. auch die Kriterien der Schulungsfähigkeit sowie Vermittlungschancen auf dem Arbeitsmarkt beinhaltet. Beide Kriterien jedoch sind eng verknüpft mit der Beherrschung der deutschen Sprache. Zur Unterstützung bieten deshalb viele Berufsförderungswerke im Vorfeld der eigentlichen Schulungsmaßnahme Sprachförderkurse an.

Wie eng Rehabilitationserfolg an deutsche Sprachkompetenz gebunden ist, verdeutlichen folgende Beispiele: In der beruflichen Rehabilitation können trotz guter Mathematikkenntnisse Aufgaben nicht gelöst werden, weil die auf Deutsch gestellte Aufgabe nicht verstanden wird. Übungen telefonischer Bewerbungsgespräche kommen wegen mangelndem Ausdruckvermögen nicht in Frage.

In der medizinischen Rehabilitation werden Probleme insbesondere bei jenen Diagnose-, Therapie-, Schulungs- und Beratungseinheiten deutlich, die überwiegend sprachbasiert sind. So fällt mitunter die Erfassung von Vorerkrankungen oder der Krankheitsgeschichte sehr schwer, gleichzeitig ist die Compliance gering: Therapieanweisungen werden möglicherweise wegen Nichtverstehens nicht befolgt. Die in den Rehabilitationseinrichtungen praktizierten Lösungsansätze sind häufig unzureichend oder gar kontraproduktiv. So erhalten z.B. Personen ohne ausreichende Deutschkenntnisse bestimmte Schulungs- und Beratungsleistungen nur sehr eingeschränkt oder gar nicht. Als Lösungsversuche werden häufig Kinder, Mitpatientinnen und -patienten oder Klinikpersonal als Dolmetscherinnen und Dolmetscher eingesetzt, was nicht selten das Verständigungsproblem vergrößert und von den Betroffenen als diskriminierend empfunden wird. Insbesondere dort, wo es eigentlich um den Ausbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung gehen sollte, wird die Anwesenheit Fremder als störend geschildert. Die Nutzung von Laienkompetenz in Person z.B. von Mitpatienten/innen oder gar türkischem Küchenpersonal muss als problematisch angesehen werden, verfügen diese Personen doch weder über die erforderliche Fachkompetenz noch über ausreichende Sprachkenntnisse. Hinzu kommen die fehlende Schweigepflicht und dadurch mitbedingt das mangelnde Vertrauen. Auch die Scham- und Peinlichkeitsschranke zwischen Eltern und Kindern kann bei diesen Übersetzungsdiensten als deutlich hinderlich beschrieben werden.

**Informationsdefizite:** Probleme mit der deutschen Sprache schlagen sich auch in Informationsdefiziten nieder. So ist Menschen mit Migrationshintergrund nach eigenen Angaben oft nicht bekannt, welche Leistungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation sie in Anspruch nehmen können – ein Problem, das auch aus anderen Versorgungsbereichen, wie der Pflege oder der zahnärztlichen Versorgung, berichtet wurde (Grieger 2001; van Steenkiste 2004). Die Informationsvermittlung durch Institutionen des Gesundheitssystems hinsichtlich Angeboten der Rehabilitation empfinden Menschen mit Migrationshintergrund als unzureichend und greifen mangels adäquater formeller Information und Beratung stattdessen auf das eigene soziale Netzwerk als Informationsquelle zurück. Informationen erhalten sie hier allerdings eher zufällig als systematisch, so dass informationsbedingte Zugangsbarrieren zur rehabilitativen Versorgung hierdurch nicht beseitigt werden können.

**Soziokulturelle Einflussfaktoren:** Auch diese können auf Zugang und insbesondere auf den Rehabilitationserfolg direkten wie indirekten Einfluss haben. An drei Beispielen kann das exemplarisch erläutert werden. Was das subjektive Schmerzempfinden und die Schilderung von Schmerzen betrifft, scheint es deutliche kulturelle Unterschiede zu geben. Den einen Pol bilden z.B. Männer mit russischem Migrationshintergrund. Hier kann häufig eine Schmerzleugnung bis zur Grenze der Selbstgefährdung betrachtet werden, was einen realistischen Umgang mit der Krankheit deutlich behindern kann. Auf der anderen Seite wird von Personen mit türkischem Migrationshintergrund eine erhöhte Klagsamkeit berichtet, was einerseits beim therapeutischen Personal zur einer erhöhten Reaktanz führen, beim Patienten selbst das Gefühl, nicht ernst genommen zu werden, erzeugen kann.

Zweites Beispiel ist die starke Familienbindung von Personen mit Migrationshintergrund. Das kann schon im Vorfeld die Bereitschaft der Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme schmälern, wenn damit eine längere Trennung von der Familie verknüpft ist. Aber auch in den Rehabilitationskliniken wird es manchmal vom Personal und den Mitpatientinnen und -patienten als extrem störend empfunden, wenn eine Großfamilie zu Besuch kommt und sich in die Belange des Rehabilitanden oder der Rehabilitandin einzubringen versucht. Auch werden therapeutische Anweisungen mitunter nur dann befolgt, wenn ein mit der nötigen Autorität ausgestattetes Familienmitglied dies anordnet.

Das dritte Beispiel betrifft ältere türkische Frauen. Diese sehen sich in ihrem gesamten Rollenverständnis in Frage gestellt, sind häufig gezwungen, Scham- und Peinlichkeitsgrenzen z.B. in gemischtgeschlechtlichen Therapiegruppen zu überschreiten und Therapieeinheiten mitzumachen, die weder ihrem Selbstverständnis noch ihren Fähigkeiten (z.B. Schwimmen) entsprechen. Hier besteht offensichtlich eine große Kulturdifferenz zwischen Rehabilitandinnen und dem Ablauf heutiger Rehabilitationsmaßnahmen.

**Soziodemographische Merkmale:** Diese spielen für den Rehabilitationserfolg insbesondere im Hinblick auf die zukünftige Erwerbstätigkeit eine zentrale Rolle, völlig unabhängig vom Migrationshintergrund. Es ist bekannt, dass z.B. Frühberentungsraten schichtabhängig sind, unabhängig von der Schwere der Erkrankung (z.B. Schubert et al. 2006). Bei Menschen mit Migrationshintergrund wirkt sich negativ auf den Rehabilitationserfolg aus, dass unter ihnen Personen mit niedrigem Bildungsabschluss und in un- bzw. angelernten Berufen überproportional vertreten sind. Schlechte, oft körperlich stark belastende Arbeitsbedingungen können zu gravierenden Vorschädigungen führen; ein niedriges Fähigkeits- und Fertigniveau machen eine Umschulung fast unmöglich. Wenn die Rückkehr an den alten Arbeitsplatz aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich erscheint, ist die Arbeitslosigkeit oder Frühberentung eine häufige Folge. Gleichwohl bleibt festzuhalten, dass auch über den Gesundheitszustand und Sozialstatus hinausgehende Faktoren, wie zum Beispiel die bereits oben erwähnte mangelnde Kompetenz in der deutschen Sprache sowie kulturelle Einflussfaktoren, den Rehabilitationserfolg von Menschen mit Migrationshintergrund zu beeinflussen scheinen.

## **5.2 Handlungsempfehlungen zum Umgang mit Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren**

### **5.2.1 Interkulturelle Handlungskompetenz**

Vor dem Hintergrund soziokultureller Einflussfaktoren, die als Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren in der gesundheitsbezogenen Migrationsforschung diskutiert werden und die auch im Rahmen dieser Studie identifiziert werden konnten, müssen Anbieter von Rehabilitationsleistungen für eine bedürfnisgerechte rehabilitative Versorgung von Migrantinnen und Migranten über interkulturelle Handlungskompetenzen verfügen. Diese umfassen Wissen über kulturspezifische Bedürfnisse und Bedarfe sowie Fähigkeiten, Fertigkeiten und Einstellungen im Umgang mit unterschiedlichen Kulturen (z.B. interkulturelle Problemlöse- und Kommunikationsfähigkeiten, Interesse an interkulturellem Kontakt und der Respekt gegenüber fremden Sitten und Gebräuchen) (Hinz-Rommel 1994; Habermann 2003). Es ist selbstverständlich, dass Anbieter von Rehabilitationsleistungen nicht alle Bräuche, religiösen Regeln und Rituale von Inanspruchnehmern der Rehabilitation kennen können. Die Einhaltung dieser Regeln und Vorschriften auf Seiten der Nutzerinnen und Nutzer ist zudem individuell unterschiedlich. Dennoch sollten Anbieter Wissen über die wesentlichen Regeln innerhalb einzelner Kulturgruppen haben.

## 5.2.2 Sprachliche Probleme

Im Zusammenhang mit Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren ist es für die Praxis der Rehabilitation unabdingbar, professionell mit sprachlichen Barrieren umzugehen. Für die berufliche Rehabilitation sind angemessene Sprachlehrcurse vor der eigentlichen und während der Rehabilitationsmaßnahme ein erfolgversprechender Weg<sup>11</sup>. Schwieriger ist die Umsetzung geeigneter Maßnahmen im Bereich der medizinischen Rehabilitation. Wie aufgezeigt wurde, ist die Hinzunahme von Laienkompetenz aus dem Bereich des Küchenpersonals oder von Mitpatientinnen und -patienten zum Dolmetschen sehr problematisch. Kritisch muss auch die Sprachvermittlung durch Kinder oder andere Verwandte betrachtet werden. Die Einstellung von professionellen weiblichen oder männlichen Dolmetschern oder – noch besser – Sprach- und Kulturvermittlern<sup>12</sup>, in den Kliniken ist wünschenswert, scheitert aber i.d.R. an der geringen Anzahl von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Migrationshintergrund aus einem Kulturraum. Gleichzeitig kann aber auch die Konzentration z.B. von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit türkischem Migrationshintergrund auf ein oder zwei Schwerpunktkliniken nicht empfohlen werden, da damit aktiv Ausgrenzung betrieben und die geographische Entfernung zu den Familien steigen würde. Ein erster Weg wäre eine Schulung des Personals im kultursensiblen Umgang mit Personen mit Migrationshintergrund, die Einrichtung eines klinikübergreifenden Sprach- und Kulturvermittlungsdienstes sowie die Bereitstellung von neutralen Informations-, Schulungs- und Beratungsangeboten in den jeweiligen Muttersprachen (siehe weiterführend 5.2.4). Damit könnten auch negative Folgen soziokultureller Unterschiede gemildert werden.

## 5.2.3 Aufsuchende Versorgungsstrukturen

Erfahrungen mit der kulturellen Öffnung des pflegerischen Versorgungssystems machen deutlich, dass es im Zusammenhang mit der Versorgung von Migranten sinnvoll ist, vermehrt aufsuchende Angebote zu etablieren. Während herkömmliche Angebote eher die Personen erreichen, die aktiv Informationen suchen („Kommstruktur“), tragen aufsuchende und dadurch niedrighwelligere Formen der Versorgung Angebote aktiv an potentielle Nutzerinnen und Nutzer heran („Gehstruktur“). Vor dem Hintergrund der geringen Inanspruchnahmequoten medizinischer Rehabilitation bei Migranten wäre zu prüfen, ob Zugangsbarrieren durch vergleichbar aufsuchende Angebote reduziert und die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation dadurch erhöht werden könnten. Chancen liegen hierbei womöglich in dem vergleichsweise neuen Konzept der „Mobilen Rehabilitation“ (Schweizer et al. 2006). Es

---

<sup>11</sup> Ausführliche Anregungen zur Zukunft der beruflichen Rehabilitation vgl. Deutsche Akademie für Rehabilitation (2009)

<sup>12</sup> Mit diesem Begriff sind interkulturell-kompetente Fachkräfte gemeint, die das Personal bei der sprachlichen und kulturellen Verständigung unterstützen und so eine zielführende Kommunikation erleichtern.



handelt sich hierbei um ein Konzept der ambulanten Rehabilitation, bei der aufsuchende rehabilitative Leistungen im häuslichen Umfeld der Rehabilitandin/des Rehabilitanden unter Berücksichtigung sozialer Einflussfaktoren und Ressourcen erbracht werden (ebd.).

## 5.2.4 Diversity Management

Die Ergebnisse insgesamt, der quantitativen wie der qualitativen Studie, machen deutlich, dass es nicht *die* Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund gibt, sondern dass diese Gruppe auch im Bereich der Rehabilitation – wie in anderen Versorgungsbereichen – sehr heterogen ist. Ihre rehabilitative Versorgung kann optimiert werden, wenn beteiligte Akteure ihrer Diversität Beachtung schenken, sie respektieren und auf Besonderheiten reagieren. Wie andere Versorgungsbereiche muss auch die Rehabilitation für die Verschiedenheit ihrer Klientel – sowohl innerhalb der Personen mit als auch der Personen ohne Migrationshintergrund – erst noch sensibilisiert werden. Eine in einem ersten Schritt migrations- und kultursensibel gestaltete rehabilitative Versorgung kann dann der Anknüpfungspunkt für Strategien eines Diversity Managements sein. Diversity Management im Gesundheitswesen trägt der Tatsache Rechnung, dass eine Bevölkerung nicht homogen, sondern durch Vielfalt in Bedürfnissen und Bedarfen gekennzeichnet ist. Diese Vielfalt entsteht keineswegs nur als Folge internationaler Migration, nimmt aber mit steigender grenzüberschreitender Mobilität zu. „Die wesentliche Schwierigkeit liegt darin, dass es eine diversity-neutrale Wirklichkeit nicht gibt und konsequenterweise ein diversity-neutraler Umgang – auch im Gesundheitsbereich – nicht möglich ist. Infolge dessen muss das Diversity-Konstrukt der Beteiligten bei allen Aktivitäten reflektiert und berücksichtigt werden, will man gesundheitliche Chancengleichheit erreichen“ (Geiger 2006, S. 168). Diese Chancengleichheit kann über den Abbau von Konflikten entstehen, die im Spannungsfeld unterschiedlicher kultureller Überzeugungen und sozialer Lagen unter anderem infolge von Migrationsprozessen und der damit verbundenen Entfaltung sozialer Vielfalt entstanden sind. Im Gesundheitswesen betrifft dieses zum einen insbesondere die Systemebene der Gesundheitsversorgung, auf der strukturelle Voraussetzungen für die migrations- und kultursensible, aber auch für die schichtspezifische, Versorgung (zum Beispiel Aus- und Weiterbildungen für Leistungserbringer) geschaffen werden müssen, zum anderen den Prozess der Leistungserbringung selbst. Wenn alle Akteure der Rehabilitation das spezifische Inanspruchnahmeverhalten sowie die geschilderten objektiv bestehenden und subjektiv empfundenen Barrieren aller Patienten sowie deren aus unterschiedlichen Gründen bedingten Diversität zukünftig verstärkt berücksichtigen würden, könnte die rehabilitative Versorgung davon generell und nicht nur bei Menschen mit Migrationshintergrund profitieren.

## 5.3 Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Datenlage

Eine wichtige Einschränkung der quantitativen Untersuchung liegt in der Operationalisierung des Migrationshintergrundes in den herangezogenen Routinedaten, die sich lediglich auf das Kriterium „Staatsangehörigkeit“ stützt. So wie in den Prozessdaten der Rehabilitationsträger, die im Rahmen dieses Berichtes untersucht wurden, wird in Deutschland auch in anderen (Gesundheits-)Statistiken nach wie vor diese Klassifikation angewendet (Razum et al. 2008; Spallek/Razum 2006). Das bedeutet, dass von den ca. 15,4 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland nur knapp die Hälfte (ca. 7,3 Millionen Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit) mit dieser Klassifikation erfasst wird. Aussagen, die auf Grundlage solcher Daten über die Versorgungssituation von Menschen mit Migrationshintergrund gemacht werden, haben daher nur für einen Teil dieser Bevölkerungsgruppe Gültigkeit.

In Zukunft wird das Merkmal „Staatsangehörigkeit“ durch die weiter wachsenden Anteile eingebürgerter Migrantinnen und Migranten sowie von Nachfahren der Migranten (die so genannte zweite und dritte Generation) immer weniger geeignet sein, die heterogene Zielgruppe der Menschen mit Migrationshintergrund abzubilden. Es besteht also eine hohe Dringlichkeit, Konzepte zu entwickeln, die den Migrationshintergrund anhand anderer Merkmale erfassen. Im internationalen Vergleich zeigt sich, dass verschiedene Merkmale wie

- Geburtsland
- Geburtsland der Eltern (für die „zweite Generation“)
- Selbstangaben zur Herkunft/Ethnie

zur Operationalisierung des Konzeptes Migrationshintergrund genutzt werden. In den meisten deutschen Datenbasen sind diese Merkmale allerdings nicht verfügbar (Schenk/Neuhauser 2005).

Aus der erheblichen und steigenden Anzahl von Menschen mit Migrationshintergrund in unserer Gesellschaft und den Hinweisen auf Unterschiede im Bedarf an und der Inanspruchnahme von Leistungen der Sozialversicherung ergibt sich die Notwendigkeit, diese Zielgruppe auch in den Routine- und Prozessdaten der Rehabilitationsträger abbilden zu können. Das Merkmal „Mensch mit Migrationshintergrund“ dient dabei bisher oft in verschiedenster Weise und Ausprägung als ein Surrogat für Menschen, die eingewandert sind, eine ausländische Staatsangehörigkeit haben, anderen Kulturen angehören, andere Lebensweisen, Religion oder Bildung haben oder einer im Mittel oftmals niedrigeren sozialen Schicht angehören.

Um eine Operationalisierung des Begriffs Menschen mit Migrationshintergrund zu schaffen, ist zu klären, wer zu dieser Gruppe gehören soll und welchem Zweck diese Definition dienen

soll. Dabei bestehen verschiedene Möglichkeiten. Meistens ist beabsichtigt, abbilden zu können, ob Menschen allein aufgrund ihrer Herkunft aus einem anderen Land Nachteile gegenüber der autochthonen Bevölkerung haben. Solche Erkenntnisse sind wichtig, um eine bedarfsgerechte Versorgung in den verschiedensten Bereichen einer Gesellschaft (Gesundheit, Bildung, soziale Sicherungssysteme etc.) sicherzustellen. Allerdings kann man nicht generell davon ausgehen, dass Menschen mit Migrationshintergrund benachteiligt sind oder dass es ihnen gesundheitlich schlechter geht (Razum et al. 2008). Erstrebenswert wäre, wenn datenhaltende Institutionen ihre administrativen Daten in einer so guten Qualität aufbereiten würden, dass mittels Sekundäranalysen auch Aussagen über die Abwesenheit von Ungleichheit sowie von besonderen Chancen oder Potentialen der Menschen mit Migrationshintergrund möglich sind.

In der Migrationsforschung wird Migration häufig wie folgt definiert: „Von Migration spricht man, wenn eine Person ihren Lebensmittelpunkt über eine sozial bedeutsame Entfernung verlegt, von internationaler Migration, wenn dies über Staatsgrenzen hinweg geschieht“ (Bundesministerium des Innern 2004, S. 8). Im Rahmen dieses Berichtes ist die internationale Migration von Bedeutung. Diese beinhaltet, dass auch Menschen, die über eine nationale Grenze nach Deutschland gekommen sind und zeitnah die deutsche Staatsangehörigkeit erhalten – wie z.B. Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler – Migranten sind. Diese werden aber durch eine Definition nach Staatsangehörigkeit nicht erfasst. Die Angabe der Staatsangehörigkeit erlaubt umgekehrt auch keine Aussage darüber, ob ein Mensch über eine nationale Grenze nach Deutschland migriert ist. Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit können auch als Kinder oder Enkelkinder von Migrantinnen und Migranten in Deutschland geboren sein und die ausländische Staatsangehörigkeit ihrer Eltern bzw. Großeltern behalten haben. Diese Kinder sind nicht über eine nationale Grenze eingewandert und damit keine Migrantinnen und Migranten, sondern die sog. der „zweite“ bzw. „dritte Generation“. Etwa jede fünfte Person mit ausländischer Staatsangehörigkeit in Deutschland ist hier geboren (Bundesministerium des Innern 2004). Es sind demnach nicht alle Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit Migranten (Tab. 21).

Weiter stellt sich die Frage, welcher Anteil der in Deutschland lebenden Migrantinnen und Migranten durch eine ausländische Staatsangehörigkeit ermittelt werden kann. Ein steigender Anteil der in Deutschland lebenden Personen mit einem Migrationshintergrund nimmt die deutsche Staatsangehörigkeit an. Von 1970 bis 2005 haben sich mehr als 1,5 Millionen Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland einbürgern lassen. Es sind demnach nicht alle Migranten Ausländer und der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund und deutscher Staatsangehörigkeit nimmt mit der Zeit wahrscheinlich weiter zu.

<b>Staatsangehörigkeit</b>	
Unterscheidet:  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menschen nach ihrer Staatsangehörigkeit</li> </ul>	Aber nicht:  <ul style="list-style-type: none"> <li>- ob die Menschen ihren Lebensmittelpunkt über nationale Grenzen nach Deutschland verlegt haben</li> <li>- ob es Nachkommen von Migranten sind, also Mitglieder der „zweiten“ oder „dritten Generation“</li> </ul>
<b>Staatsangehörigkeit als Variable in Prozess- und Routinedaten</b>	
Vorteile:  <ul style="list-style-type: none"> <li>- gut verfügbar</li> </ul>	Nachteile:  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mischform aus Staats- und „ethnischer“ Zugehörigkeit</li> <li>- veränderlich über Zeit (Gesetzesänderungen, individuelle Veränderungen, veränderte Staatsgrenzen etc.)</li> <li>- weder sensitiv noch spezifisch für einen Migrationshintergrund, denn sie               <ul style="list-style-type: none"> <li>- erfasst keine Migranten mit deutscher Staatsangehörigkeit</li> <li>- erfasst fälschlicherweise Ausländer ohne Migrationshintergrund</li> </ul> </li> </ul>

Ü Tab. 21: Staatsangehörigkeit als Differenzierungsmerkmal für einen Migrationshintergrund in Prozess- und Routinedaten, Vor- und Nachteile. Adaptiert aus Spallek/Razum 2006.

Für die Abbildung von Menschen mit Migrationshintergrund in den Prozessdaten sind daher andere Differenzierungskriterien als die Staatsangehörigkeit notwendig. Es gibt neben der Staatsangehörigkeit Parameter, die, je nach Fragestellung, bessere Unterscheidungsmöglichkeiten bieten, ohne den oben beschriebenen Einschränkungen der Staatsangehörigkeit zu unterliegen (Razum/Zeeb 1998).

Folgende Eigenschaften könnten als Erweiterung neben Angaben zur Staatsangehörigkeit genutzt werden:

- Staatsangehörigkeit der Eltern („deutsch“, „türkisch“ etc.)
- Ethnie („deutsch“, „türkisch“, „kurdisch“ etc.)
  - oder als Indikator: gesprochene Sprache(n)/Muttersprache
- Geburtsland/-region (Land/Region: Westeuropa, Nordafrika, Türkei, etc.)
- Generation („Migrant“, „zweite“ oder „dritte Generation“)
  - oder als Indikator: Zeitpunkt der Migration („Vor wie vielen Jahren zugewandert?“)
- Grund der Migration (Arbeitssuche, Flucht vor Krieg/Hunger/Verfolgung, Wirtschaftsmigration etc.)

Welche Merkmale letztendlich genutzt werden, hängt stets von der jeweiligen Zielsetzung und der Verfügbarkeit der Daten ab. Neben den oben angeführten Differenzierungskriterien können je nach Fragestellung weitere migrationsbezogene Merkmale wie Aufenthalts-, Sozialstatus oder andere rechtliche bzw. soziale Merkmale wichtig sein oder müssen als potentielle Confounder/Effektmodifikatoren berücksichtigt werden.

Bei der Erhebung von Prozess- und Routinedaten besteht der Nachteil, dass die meisten der oben angeführten Merkmale nicht routinemäßig vorliegen, sondern aktiv, mit einem teilweise erheblichen Aufwand, nachträglich erhoben werden müssten. Für die Zukunft wäre es wünschenswert, wenn die Erfassung des Migrationshintergrundes in den Prozessdaten der Rehabilitationsträger auf der Basis eines erweiterten, einheitlichen Indikatorensatz erfolgen und bei der Datenerhebung und -speicherung auch prospektiv aufgenommen werden würde. Allein die Aufnahme von Angaben zum Geburtsland würde schon einen erheblichen Gewinn gegenüber den jetzigen, nur auf Staatsangehörigkeit basierenden Informationen bringen.

Zwei Beispiele aus der Praxis geben einen Eindruck, welche Entwicklungsmöglichkeiten bestehen:

**Mikrozensusgesetz von 2005:** Mit dem Mikrozensus 2005 wurde erstmals in einer amtlichen repräsentativen Erhebung der Bevölkerung in Deutschland nicht nur die Staatsangehörigkeit erfragt, sondern gegebenenfalls bei einer Einbürgerung auch die vorherige Staatsangehörigkeit und das Jahr der Einbürgerung. Zusätzlich werden alle vier Jahre die Staatsangehörigkeit, das Zuzugsjahr und gegebenenfalls das Jahr der Einbürgerung und die vorherige Staatsangehörigkeit der Eltern erhoben, wenn diese sich seit 1960 dauerhaft in Deutschland aufhalten. Diese Informationen ermöglichen eine genaue Definition der männlichen und weiblichen Personen mit Migrationshintergrund für die Auswertung der Daten (weitere Informationen siehe [www.destatis.de](http://www.destatis.de)).

**Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS):** In diesem vom Robert Koch-Institut durchgeführten Survey wurden zur Bestimmung des Migrationshintergrundes folgende Merkmale benutzt: Staatsangehörigkeit, Geburtsland sowie Einreisejahr von Mutter und Vater, eigenes Geburtsland, zu Hause gesprochene Sprache und die selbst angegebene Zugehörigkeit zu einer bestimmten Zuwanderergruppe (Schenk et al. 2007).

Auch wenn nicht alle Merkmale der oben angeführten Beispiele in den Prozessdaten erhebbar sind, sollten Schritte in Richtung einer genaueren Bestimmung des Migrationshintergrundes, z.B. auf Basis des Geburtslandes/Geburtslandes der Eltern, in Zukunft auch in Bezug auf die Prozessdaten der Sozialversicherungsträger unternommen werden.

Zu beachten sind bei der zukünftigen Entwicklung datenschutzrechtliche Aspekte, wie z.B. der im Rahmen des 8. Artikels der Richtlinie 95/46en/EG der EU festgeschriebene Schutz der personenbezogenen Daten über die „rassische“ oder ethnische Herkunft (Europäische Kommission 1995). Dieser Artikel besagt, dass Informationen zur ethnischen Herkunft nur mit ausdrücklicher Zustimmung der Befragten gespeichert werden dürfen.

# Literatur

- Algül, H./Mielck, A. (2005): Türkische Gastarbeiter als Patienten im deutschen Gesundheitssystem: Kritische Analyse und Vorschläge für eine bessere Versorgung. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 11, 45-55
- Ansary, E.M. (1980): Krankheits- und Arbeitsunfallursachen türkischer Arbeitnehmer im Heimatland und in der Bundesrepublik Deutschland. Dissertation.: Universität Hamburg.
- Assion, H.J./Dana, I./Heine, F. (1999): Volksmedizinische Praktiken bei psychiatrischen Patienten türkischer Herkunft in Deutschland. *Fortschritte der Neurologie/Psychiatrie* 67, 12-20
- Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (2002): Daten und Fakten zur Ausländersituation. Berlin.
- Behrens, K./Calliess, I.T. (2008): Migration und Kultur als Determinanten diagnostischer und therapeutischer Prozesse bei seelisch erkrankten Migranten. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 58, 162-168.
- Berg, G. (2001): Subjektive Krankheitskonzepte - eine kommunikative Voraussetzung für die Arzt-Patientin-Interaktion. In: David, M./Borde, T./Kentenich, H. (Hrsg.): *Migration und Gesundheit: Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle*. Frankfurt am Main: Mabuse, 81-94.
- Berry, J.W./Sam, D.L. (1997): Acculturation and adaptation. In: Berry, J.W./Segall, M.H./Kagitcibasi, C. (Hrsg.): *Handbook of cross-cultural psychology. Social behaviour and application*. Needham Heights: Allyn & Bacon, 291-326.
- Brause M (2007): Weibliche Versorgungswege in einer männlich geprägten Versorgung – diskutiert am Beispiel der Kardiologie, In: Tiesmeyer K, Brause M, Lierse M, Lukas-Nülle M, Hehlmann T (Hrsg.): *Der blinde Fleck. Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung*, Bern u.a.: Huber, S. 245-258
- Brzoska, P./ Razum, O. (2009): Krankheitsbewältigung bei Menschen mit Migrationshintergrund im Kontext von Kultur und Religion. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*; 18(3-4):151-161.
- Bundesagentur für Arbeit (2008): Beschäftigungsstatistik. Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Wirtschaftsgruppen in Deutschland. Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit.
- Bundesministerium des Innern (2004): Migrationsbericht. Bericht des Sachverständigenrates für Zuwanderung und Integration im Auftrag der Bundesregierung in Zusammenarbeit mit dem Europäischen Forum für Migrationsstudien (efms) an der Universität Bamberg. Aktualisierte Ausgabe: November 2004. Berlin: Bundesministerium des Innern -- Sachverständigenrat für Zuwanderung und Integration Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2001): Unfallverhütungsbericht Arbeit. Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2000. Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.
- Deutsche Akademie für Rehabilitation e.V. (Hrsg.)(2009): RehaFutur, Stellungnahme der wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur zur Zukunft der beruflichen Rehabilitation in Deutschland. Bonn. Auftraggeber: Bundesministerium für Arbeit und Soziales/Abt. V
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2009): Begriffe aus der DGUV-Statistik. Berlin: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2007): Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Deutsche Rentenversicherung Nordbayern (2008): Erstattung der zur deutschen Rentenversicherung geleisteten Beiträge an türkische Staatsangehörige. Bayreuth: Deutsche Rentenversicherung Nordbayern.
- Dietzel-Papakyriakou, M./Olbermann, E. (2005): Gesundheitliche Lage und Versorgung alter Arbeitsmigranten in Deutschland. In: Marschalck, P./Wiedl, K.H. (Hrsg.): *Migration und Krankheit*. IMIS-Schriften, Band 10, Göttingen: V & R unipress, 283-311.
- Dreissig, V. (2005): Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus. Eine Studie zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patienten mit Migrationshintergrund. Bielefeld: transcript Verlag.
- Dressler, D. (2009): Interkulturelle Kommunikation in der stationären Rehabilitation nach Unfällen. Göttingen: Cuvillier.

- Eberding, A./Schlippe, A. von (2005): Konzepte der multikulturellen Beratung und Behandlung von Migranten. In: Marschalck, P./Wiedl, K.H. (Hrsg.): Migration und Krankheit. IMIS-Schriften, Band 10, Göttingen: V & R unipress, 261-282.
- Elias, P. (2007): Occupational Classification (ISCO-88): Concepts, Methods, Reliability, Validity and Cross-National Comparability. OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers 20
- Erdogan, M.S. (2002): Berufskrankheiten türkischer Arbeitnehmer in Deutschland. Sankt Augustin: Hauptverband der Gewerblichen Berufsgenossenschaften.
- Erdogan, M.S. (2002): Berufskrankheiten türkischer Arbeitnehmer in Deutschland. Sankt Augustin: Hauptverband der Gewerblichen Berufsgenossenschaften.
- Europäische Kommission (1995): Richtlinie 95/46/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 24. Oktober 1995 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr.
- Fernando, S. (1991): Mental health, race and culture. London: Mac Millan Press. Zitiert nach: Behrens, K./Calliess, I.T. (2008): Migration und Kultur als Determinanten diagnostischer und therapeutischer Prozesse bei seelisch erkrankten Migranten. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 58, 162-168.
- Flick, U. (2008): Triangulation. Eine Einführung. Wiesbaden: VS.
- Geiger, I. (2006): Managing Diversity in Public Health. In: Razum, O./Zeeb, H./Laaser, U. (Hrsg.): Globalisierung - Gerechtigkeit - Gesundheit. Einführung in International Public Health. Bern: Verlag Hans Huber, 163-175.
- Geiger, I./Razum, O. (2006): Migration: Herausforderung für die Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, K./Laaser, U./Razum, O. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim und München: Juventa, 719-746.
- Gerlinger, T. (2008): Gesundheitspolitik und die Frage nach der sozialen Ungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung. In: Tiesmeyer, K./Brause, M./Lierse, M./Lukas-Nülle, M./Hehlmann, T. (Hrsg.): Der blinde Fleck. Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung. Bern: Huber, 39-52.
- Görtz, V. (1986): Physische und psychische Erkrankungen bei Arbeitsmigranten in der BRD. Gelsenkirchen: Verlag Andreas Müller.
- Grabka, M.M. (2007): Codebook for the \$PEQUIV File 1984-2006 (2007): CNEF Variables with Extended Income Information for the SOEP. Data Documentation 21. Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung.
- Grieger, D. (2001). Soziodemografische Daten und Fakten zur Situation älterer Migrantinnen und Migranten in der Bundesrepublik Deutschland. In: Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hg.): Älter werden in Deutschland. Fachtagung zu einer Informationsreihe für ältere Migranten. Berlin, 9-17.
- Habermann, M. (2003): "Interkulturelle Kompetenz" - Schlagwort oder handlungsleitende Zielvorstellung in der Altenpflege? Pflege und Gesellschaft 8, 11-16
- Henter, A./Hermanns D./Wittig P. (2002): Tödliche Arbeitsunfälle 1998-2000. Statistische Analyse nach einer Erhebung der Gewerbeaufsicht. Forschungsberichte der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Hinz-Rommel, W. (1994): Interkulturelle Kompetenz. Ein neues Anforderungsprofil für die soziale Arbeit. Münster: Waxman.
- Höhne, A. (2007): Erwerbsminderungsrenten und medizinische Rehabilitation in Deutschland unter Berücksichtigung des Migrationshintergrunds. In: Gesundheit Berlin (Hrsg.): Dokumentation 12. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit „Präventionen für Gesunde Lebenswelten – ‚Soziales Kapital' als Investition in Gesundheit“. Gesundheit Berlin e.V. Berlin: Gesundheit Berlin
- Höhne, A./Schubert, M. (2007): Vom Healthy-migrant-Effekt zur gesundheitsbedingten Frühberentung. Erwerbsminderungsrenten bei Migranten in Deutschland. In: DRV Bund (Hrsg.): DRV-Schriften, Etablierung und Weiterentwicklung. Bericht vom vierten Workshop des Forschungsdatenzentrums der Deutschen Rentenversicherung (FDZ-RV) vom 28.-29.Juni 2007 in Berlin. Berlin:
- Ilkilic, I. (2005): Gesundheits- und Krankheitsverständnis der Muslime als Herausforderung für das deutsche Rechtswesen. In: Ratajczack, T./ Stegers, C.-M. (Hrsg.): Globalisierung in der Medizin. Berlin: Springer Verlag, 39-54.
- Ilkilic, I./Taksim, A. (2007): Kultur und medizinische Versorgung. Natur & Geist: Das Forschungsmagazin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz 23, 46ff.

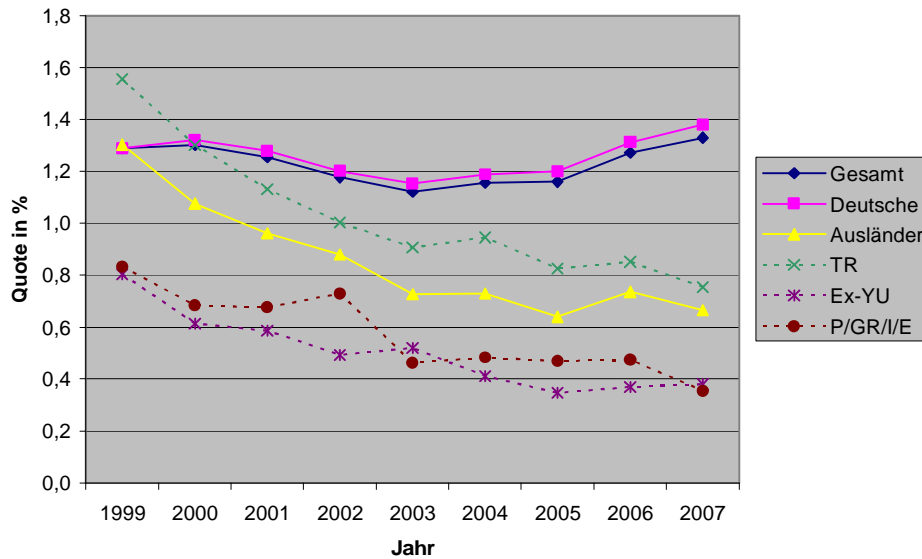
- Keller, A. (2004): Gesundheit und Versorgung von Deutschen Migranten – Ergebnisse eines Surveys in Bielefeld. In: Hinz, S./Keller, A./Reith, C. (Hrsg.): Migration und Gesundheit. Prämierte Arbeiten des BKK-Innovationspreises Gesundheit 2003, Frankfurt am Main: Mabuse, 13-47.
- Koch, U./Brähler, E. (2008): „Migration und Gesundheit“ – ein Thema mit hoher Priorität. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 58, 105-106.
- Koen, E. (1986): Krankheitskonzepte und Krankheitsverhalten in der Türkei und bei Migrantinnen in Deutschland: ein Vergleich. Curare 9, 126-136.
- Kohler, M./Ziese, T. (2004): Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts zu chronischen Krankheiten und ihren Bedingungen. Deskriptiver Ergebnisbericht. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin: Robert Koch-Institut.
- Korporal, J. (1985a): Probleme der präventiven, kurativen und rehabilitativen Versorgung von Arbeitnehmern aus der Türkei und ihren Familien. In: Collatz, J./Kürsat-Ahlers, E./Korporal, J. (Hrsg.): Gesundheit für alle. Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik. Hamburg: EB-Verlag Rissen, 158-176.
- Korporal, J. (1985b): Arzneimittelverordnungen, physikalische Therapie, Heilverfahren und Rehabilitation bei Arbeitsmigranten. Ergebnisse offener Interviews mit Ärzten und Sozialarbeitern. In: Collatz, J./Kürsat-Ahlers, E./Korporal, J. (Hrsg.): Gesundheit für alle. Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik. Hamburg: EB-Verlag Rissen, 213-229.
- Krueger, R. A. (1994): Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research, Sage.
- Lamnek, S. (2005): Qualitative Sozialforschung. Ein Lehrbuch. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Lampert, T./Kroll, L.E. (2006): Messung des sozioökonomischen Status in sozialepidemiologischen Studien. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 295-312.
- Lindert, J./Priebe, S./Penka, S./Napo, F./Schouler-Ocak, M./Heinz, A. (2008): Versorgung psychisch kranker Patienten mit Migrationshintergrund. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie. 58, 123-129.
- Iögd (2005): Migration und öffentlicher Gesundheitsdienst. 7. Jahrestagung des Iögd. 25. und 26. März 2004
- Maier, C./Razum, O./Schott, T. (2008): Medizinische Rehabilitation und Behandlungserfolg bei Patienten mit türkischem Migrationshintergrund. In: Muthny, F.A./Bermejo, I. (Hrsg.): Interkulturelle Medizin. Lagentheorien, Psychosomatik und Migrationsfolgen. Köln: Deutscher Ärzteverlag
- Marschalck, P./Wiedl, K. (Hrsg.) (2005): Migration und Krankheit, Göttingen: V&R unipress.
- Mayring, P (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. München und Weinheim: Weinheim.
- Mayring, P. (1995): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick, U. u. a. (Hrsg.): Handbuch qualitativer Sozialforschung, Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Meinlschmidt, G. (2007): Gesundheitsberichterstattung Berlin. Basisbericht 2006/2007. Daten des Gesundheits- und Sozialwesens. Berlin: Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz.
- Meinlschmidt, G. (2009): Gesundheitsberichterstattung Berlin Basisbericht 2008. Daten des Gesundheits- und Sozialwesens. Berlin: Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz.
- Meuser, M., Nagel, U. (1991): ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Garz, D./Kramer, K. (Hrsg.): Qualitativ-empirische Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analysen. Weinheim u. a.: Juventa, 441-471.
- Meuser, M., Nagel, U. (1997): Das ExpertInneninterview - Wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. In: Friebertshäuser, B., Prengel, A. (Hrsg.) (1997): Handbuch qualitative Sozialforschung in der Erziehungswissenschaft. Weinheim u.a.: Juventa, 481-491.
- Mielck, A. (2008): Zum Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und gesundheitlicher Versorgung. In: Tiesmeyer, K./Brause, M./Lierse, M./Lukas-Nülle, M./Heilmann, T. (Hrsg.): Der blinde Fleck. Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung, Bern: Huber, 21-38.
- Morgan, D. L. (1997): Focus Groups as Qualitative Research. Qualitative research Methods Series No. 16; Thousand Oaks.



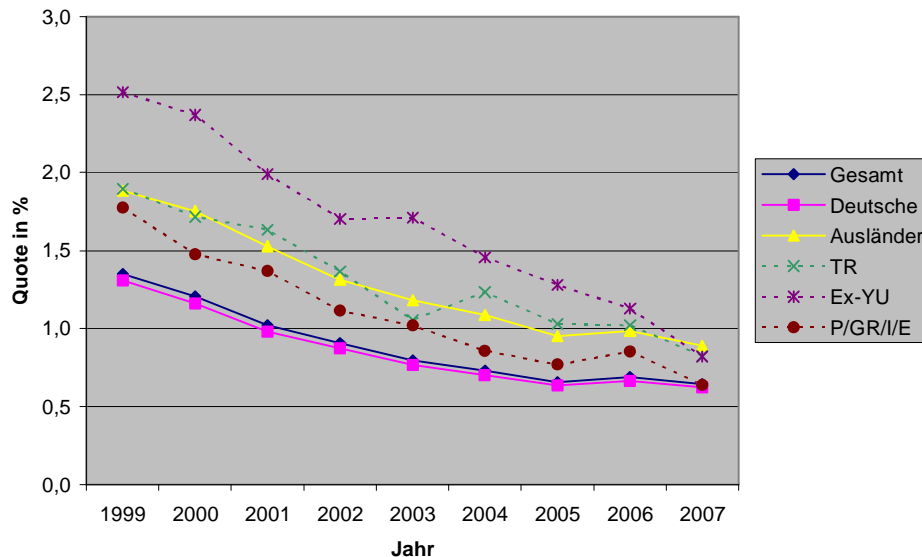
- Möske, M./Schneider, J./Koch, U./Schulz, H. (2008): Beeinflusst der türkische Migrationshintergrund das Behandlungsergebnis? Ergebnisse einer prospektiven Versorgungsstudie in einer stationären Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 58, 176-182.
- Müller-Mundt, G. (2002): Experteninterviews oder die Kunst der Entlockung "funktionaler Erzählungen". In: Schaeffer D, Müller-Mundt G (Hrsg.): *Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung*. Bern u.a.: Huber, 269-283.
- Myllymäki-Neuhoff, J. (2006): Migration. In: Oswald, W.D./Lehr, U./Sieber, C./Kornhuber, J. (Hrsg.): *Gerontologie. Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe*. Stuttgart: Kohlhammer, 248-253.
- Nickel, C./Lojewski, N./Muehlbacher, M./Cangoez, B./Müller-Rabe, T./Buschmann, W./Mitterlehner, F.O./Lahmann, C./Egger, C./Kettler, C./Rother, N./Tritt, K./Bachler, E./Fartacek, R./Leiberich, P./Pedrosa Gil, F./Rother, K.W./Loew, T.H./Nickel, M. (2006): Behandlungsergebnisse stationärer psychosomatischer Rehabilitation bei türkischen Migranten: Eine prospektive Studie. *Gesundheitswesen* 68, 147-153.
- Özsel, M. (1990): *Gesundheit und Migration – eine empirische Untersuchung an Deutschen sowie Türken in Deutschland und in der Türkei*. München: Profil.
- Razum, O. (2005): Health, wealth, or family ties? Why Turkish work migrants return from Germany. In: *Journal of ethnic and migrations studies* 31, 719-739.
- Razum, O. (2006): Migration, Mortalität und der healthy-migrant Effekt. In: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 254-270.
- Razum, O./Geiger, I. (2003): Migranten. In: Schwartz, F.W. (Hrsg.): *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. München/Jena: Urban & Fischer, 686-692.
- Razum, O./Geiger, I./Zeeb, H./Ronellenfisch, U. (2004): Gesundheitsversorgung von Migranten. *Deutsches Ärzteblatt* 101, A2882-A2887
- Razum, O./Sahin-Hodoglugil, N./Polit, K. (2005): Health, wealth, or family ties? Why Turkish work migrants return from Germany. Qualitative study with re-migrants in Turkey. *Journal of Ethnicity and Migration Studies* 31, 615-638.
- Razum, O./Zeeb H./Meesmann U./Schenk L./Bredehorst M./Brzoska P./Dercks T./Glodny S./Menkhaus B./Salman R./Saß A.-C./Ulrich R. (2008): *Migration und Gesundheit*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Razum, O./Zeeb, H. (1998): Epidemiologische Studien unter ausländischen Staatsbürgern in Deutschland: Notwendigkeit und Beschränkungen. *Das Gesundheitswesen* 60, 283-286
- Razum, O./Zeeb, H./Akgün, S. (2001): How useful is a name-based algorithm in health research among Turkish migrants in Germany? *Tropical Medicine and International Health* 6, 654-661
- Razum, O./Zeeb, H./Beck, K./Becher, H./Ziegler, H./Stegmaier, C. (2000): Combining a name algorithm with a capture-recapture method to retrieve cases of Turkish descent from a German population-based cancer registry. *European Journal of Cancer* 36, 2380-2384
- Razum, O./Zeeb, H./Meesmann, U./Schenk, L./Bredehorst, M./Brzoska, P./Dercks, T./Glodny, S./Menkhaus, B./Salman, R./Saß, A.C./Ulrich, R. (2008): *Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Razum, O./Geiger, I. (2003): Migranten. Schwartz, F./Badura, B./Busse, R./Leidl, R./Raspe, H./Siegrist, J./Walter, U. (Hrsg.): *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. München/Jena: Urban & Fischer, 686-692.
- Rehfeld, U.G. (2006): *Gesundheitsbedingte Frühberentung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Rodewig, K. (2000): Stationäre psychosomatische Rehabilitation von Migranten aus der Türkei. Sind monokulturelle Behandlungseinheiten sinnvoll? *Psychotherapeut* 45, 350-355.
- Rommel, A. (2005): Migration und Rehabilitation psychischer Erkrankungen - Perspektiven und Grenzen einer Gesundheitsberichterstattung mit Routinedaten. *Gesundheitswesen*, 280-288
- Rothe, G. (2008): Persönliche Kommunikation, November 2008: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung.

- Schenk, L., Ellert, U., Neuhauser, H. (2007): Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Methodische Aspekte im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS). Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 50, 590-599.
- Schenk, L./Ellert, U./Neuhauser, H. (2008): Migration und gesundheitliche Ungleichheit. Public Health Forum 16, 18.e1-18e2.
- Schenk, L./Neuhauser, H. (2005): Methodische Standards für eine migrantensensible Forschung in der Epidemiologie. Bundesgesundheitsblatt 48, 279-286
- Schmeling-Kludas, C. (2004) Rehabilitation von türkischen Migranten. Vortrag im Arbeitskreis sozialmedizinisch interessierter Ärzte e.V. (ASIA) am 11. Mai 2004 in Hamburg.
- Schmeling-Kludas, C./Fröschlin, R./Boll-Klatt, A. (2003): Stationäre psychosomatische Rehabilitation für türkische Migranten: Was ist realisierbar, was ist erreichbar? Rehabilitation, 363-370
- Schubert, M./Behrens, J./Höhne, A./Schaepe, C. (2006): Erwerbsminderungsrenten wegen verschlossenem Arbeitsmarkt – der Arbeitsmarkt als Frühberentungsgrund. DRV-Schriften Band 55, S. 237-256.
- Schweizer, C./Schmidt-Ohlemann M./Schönle P.W. (2006): Nachhaltigkeit der (mobilen) Geriatrischen Rehabilitation. Definition und Messung von Outcomes in langfristiger Perspektive. Saarbrücken: Iso.
- Seidel, D./Solbach T./Fehse R./Donker L./Elliehausen H.-D. (2007): Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin
- Spallek, J./Razum, O. (2006): Migrantensensible Studiendesigns in der Epidemiologie - Das deutsche Konzept „Staatsangehörigkeit“. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.): Migrantensensible Studiendesigns zur Repräsentation des Migrationsstatus in der Gesundheitsforschung. Berlin: Robert Koch-Institut
- Stange-Budumlu, Ö. (2005): Praxisbericht eines Krankenhausarztes Behandlung ausländischer Patienten im Krankenhaus. In: Ratajczack, T, Stegers, C.-M. (Hrsg.): Globalisierung in der Medizin. Berlin: Springer Verlag, 17-25.
- Statistisches Bundesamt (2009): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2007. Fachserie 1 Reihe 2.2. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- SVR – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1992): Jahresgutachten 1992. Ausbau in Deutschland und Aufbruch nach Europa. Baden-Baden: Nomos.
- Turnock, B.J. (2004): Public Health. What it is and how it works. Boston/Toronto/London/Singapore: Jones and Bartlett Publishers.
- Uske, H./Hevelling-Fischell, M./Mathejcyk, W. (Hg.) (2001): Risiko Migration. Krankheit und Behinderung durch Arbeit, Duisburg: DISS.
- van Steenkiste, M. (2004): Zugang zu zahnärztlichen Leistungen und Einstellung zum Zahnarzt bei deutschen und türkischen Eltern. Das Gesundheitswesen 66, 93-101.
- Wagner, G.G./Frick, J.R./Schupp, J. (2007): The German Socio-Economic Panel Study (SOEP) - Scope, Evolution and Enhancements. In: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.). Berlin:
- Walter, U./Krauth, C./Kurtz, V./Salman, R./Machleidt, W. (2007): Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Migranten unter besonderer Berücksichtigung von Sucht. Nervenarzt 78, 1058-1061.
- Wunn, I. (2006): Muslimische Patienten. Chancen und Grenzen religionsspezifischer Pflege. Stuttgart: Kohlhammer.
- Yildirim-Fahlbusch, Y. (2003): Krankheitsvorstellungen im kulturellen Blickwinkel. Deutsches Ärzteblatt 18, 928ff.
- Yilmaz, Y., Glodny, S., Razum, O. (2009): Soziale Netzwerkarbeit als alternatives Konzept für die Rekrutierung türkischer Migranten zu wissenschaftlichen Studien am Beispiel des Projektes sabba. Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften 8, 636-653.
- Zielke-Nadkarni, A. (1999): Krankheits-, Gesundheits- und Pflegeverständnis türkischer Migrantinnen. Eine empirische Studie. Pflege 12, 283-288.

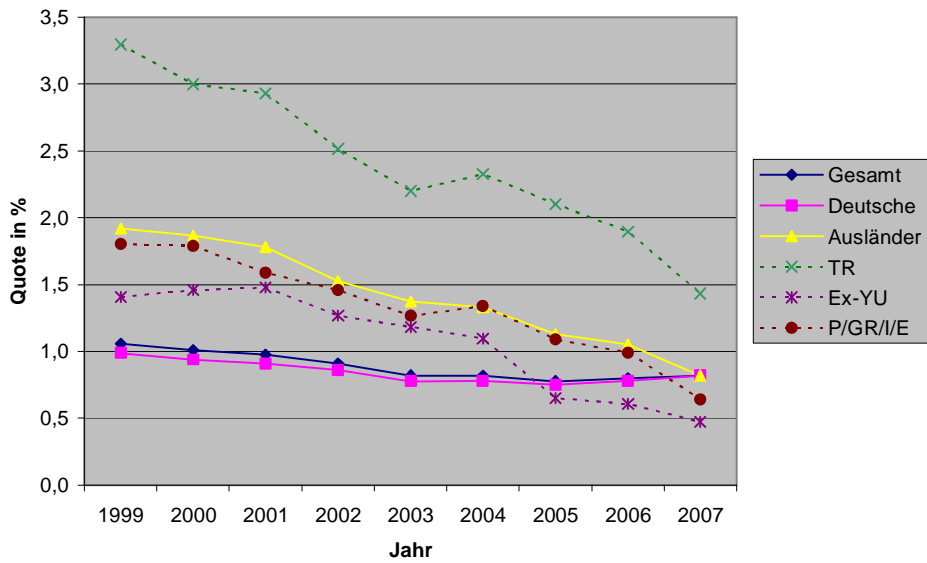
# Abbildungsanhang



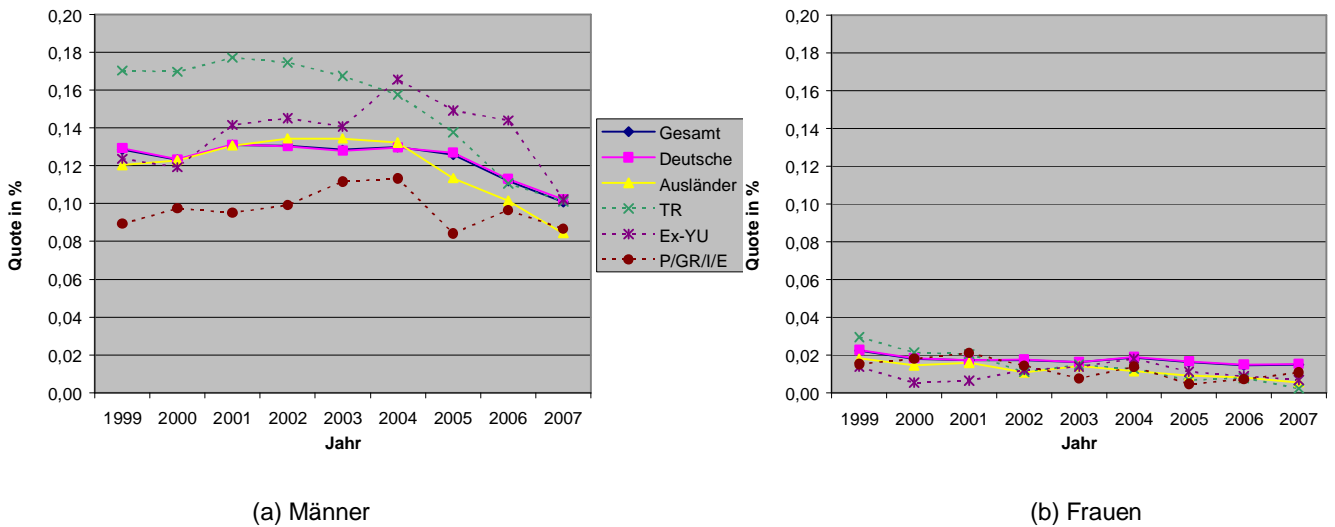
Ü Abb. A 1: Quote aus der Anzahl meldepflichtiger Arbeitsunfälle (Handel- und Verwaltungsbranche) und der Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter nach Staatsangehörigkeit und Jahr. (Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Daten des Referats „Statistik - Arbeitsunfälle, Prävention“ der DGUV und der Beschäftigungsstatistik der BA)



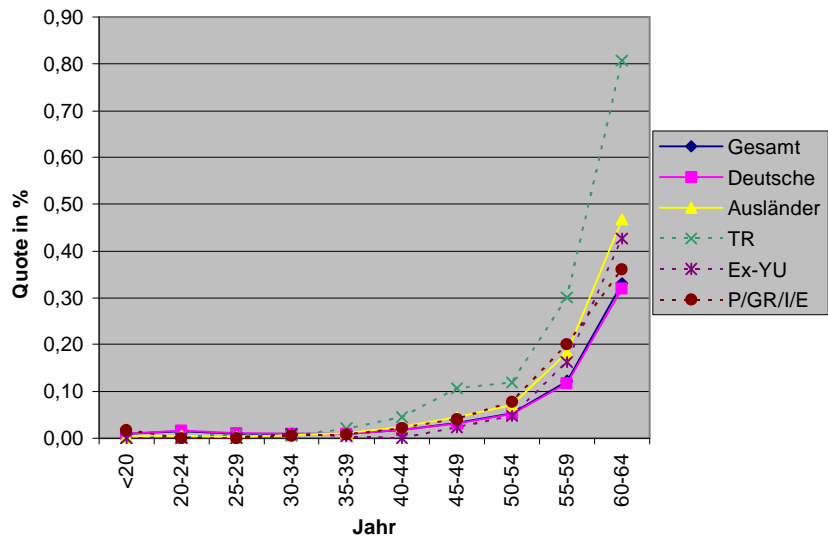
Ü Abb. A 2: Quote aus der Anzahl meldepflichtiger Arbeitsunfälle (Baubranche) und der Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter nach Staatsangehörigkeit und Jahr. (Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Daten des Referats „Statistik - Arbeitsunfälle, Prävention“ der DGUV und der Beschäftigungsstatistik der BA)



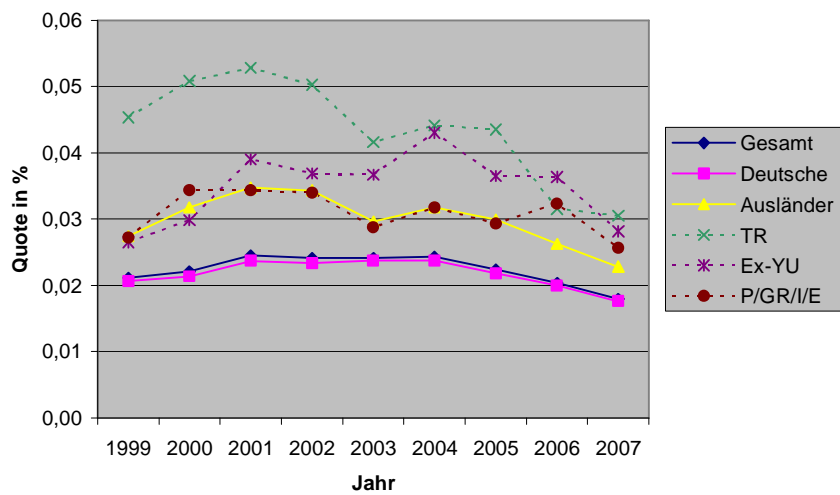
Ü Abb. A 3: Quote aus der Anzahl meldepflichtiger Arbeitsunfälle (Metallbranche) und der Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter nach Staatsangehörigkeit und Jahr. (Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Daten des Referats „Statistik - Arbeitsunfälle, Prävention“ der DGUV und der Beschäftigungsstatistik der BA)



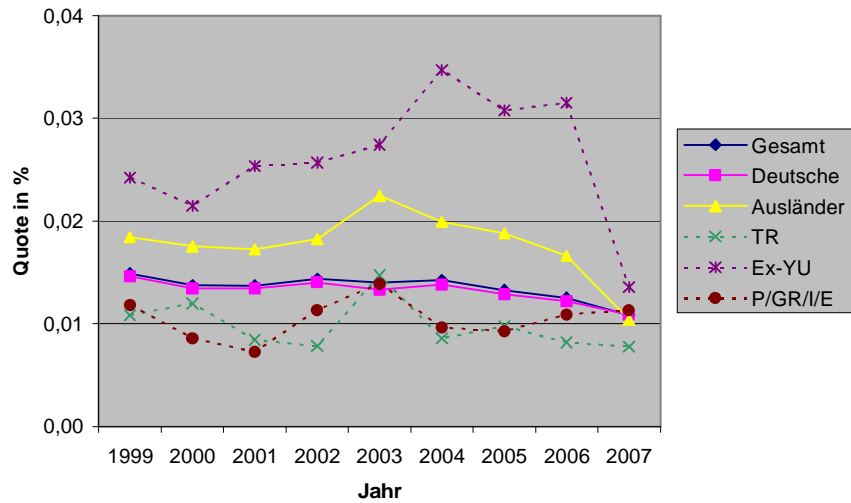
Ü Abb. A 4: Quote aus der Anzahl anerkannter Berufskrankheiten und der Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter nach Staatsangehörigkeit und Jahr, getrennt für (a) Männer und (b) Frauen. (Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Daten des Referats „BK-Statistik“ der DGUV und der Beschäftigungsstatistik der BA)



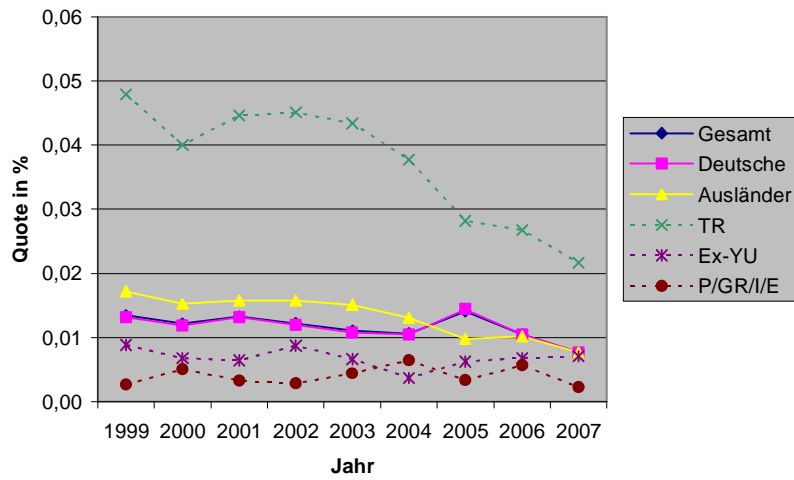
Ü Abb. A 5: Quote aus der Anzahl anerkannter Berufskrankheiten und der Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter nach Staatsangehörigkeit und Alter, 2007. (Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Daten des Referats „BK-Statistik“ der DGUV und der Beschäftigungsstatistik der BA)



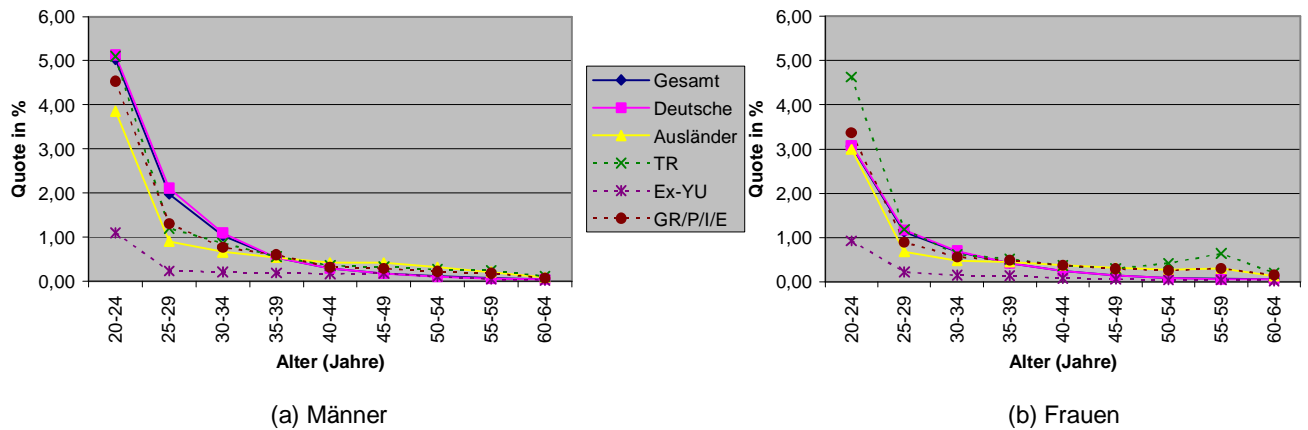
Ü Abb. A 6: Quote aus der Anzahl anerkannter Berufskrankheiten (Metallbranche) und der Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter nach Staatsangehörigkeit und Jahr. (Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Daten des Referats „BK-Statistik“ der DGUV und der Beschäftigungsstatistik der BA)



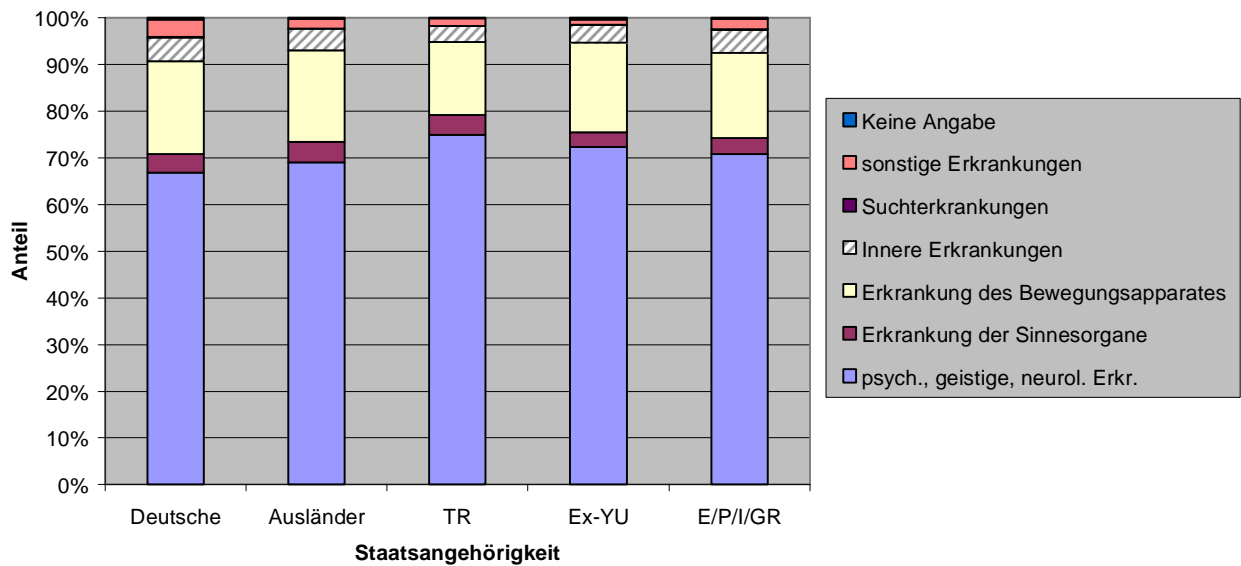
Ü Abb. A 7: Quote aus der Anzahl anerkannter Berufskrankheiten (Baubranche) und der Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter nach Staatsangehörigkeit und Jahr. (Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Daten des Referats „BK-Statistik“ der DGUV und der Beschäftigungsstatistik der BA)



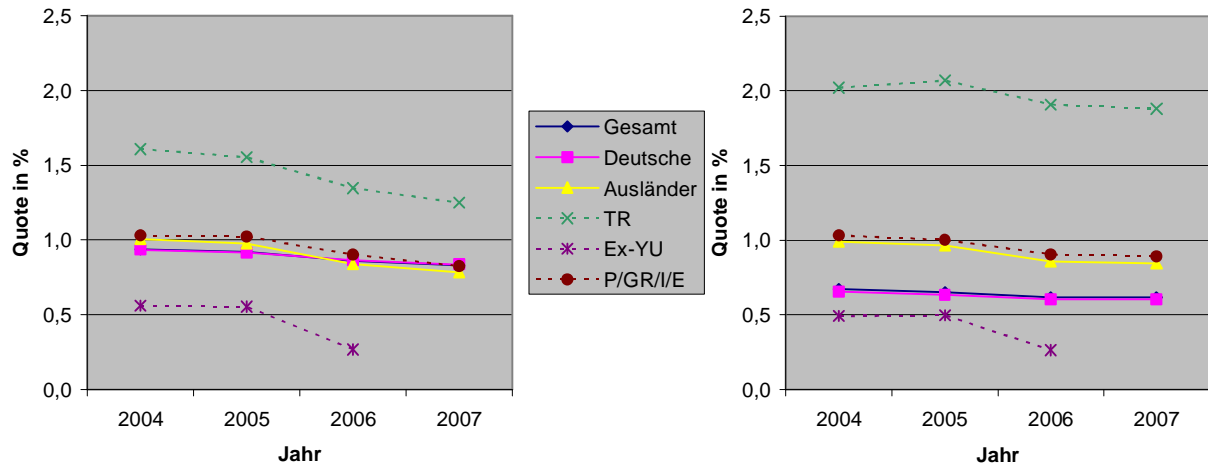
Ü Abb. A 8: Quote aus der Anzahl anerkannter Berufskrankheiten (Bergbau) und der Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter nach Staatsangehörigkeit und Jahr. (Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Daten des Referats „BK-Statistik“ der DGUV und der Beschäftigungsstatistik der BA)



Ü Abb. A 9: Quote aus der Anzahl von Rehabilitanden bei der Bundesagentur für Arbeit und der Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter nach Staatsangehörigkeit und Alter, 2006, getrennt für (a) Männer und (b) Frauen. (Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Statistik der Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben – Rehabilitanden und der Beschäftigungsstatistik der BA)



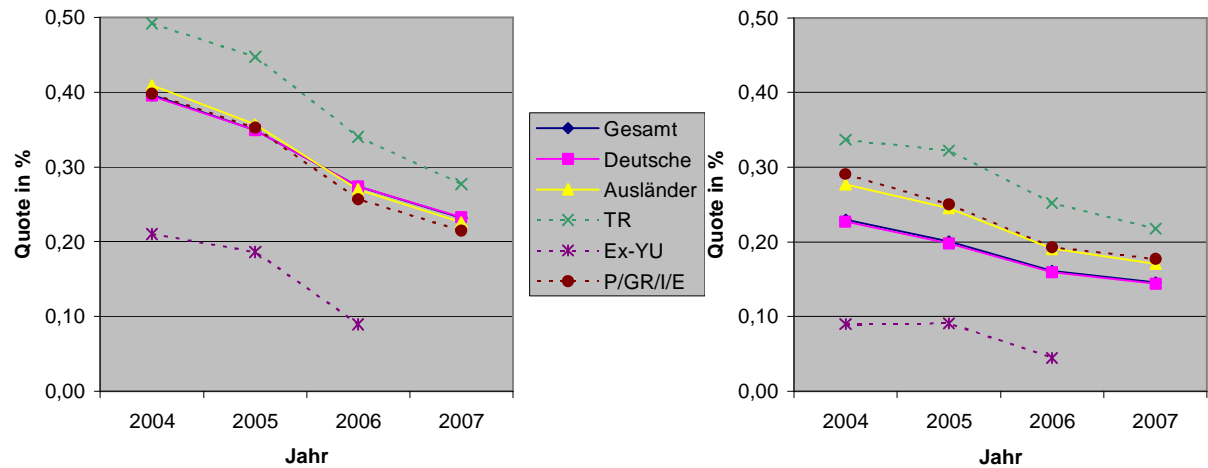
Ü Abb. A 10: Spektrum der Diagnosen, die zu einer Behinderung geführt haben, Rehabilitanden bei der Bundesagentur für Arbeit nach Staatsangehörigkeiten, 2007, Gesamt für Männer und Frauen. (Quelle: Statistik der Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben - Rehabilitanden, BA; eigene Berechnungen)



(a) Männer

(b) Frauen

Ü Abb. A 11a/b: Quote aus der Anzahl von Rehabilitanden mit psychischen, geistigen oder neurologischen Erkrankungen bei der Bundesagentur für Arbeit und der Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter nach Staatsangehörigkeit und Jahr, getrennt für (a) Männer und (b) Frauen. (Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Statistik der Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben – Rehabilitanden und Beschäftigungsstatistik der BA)

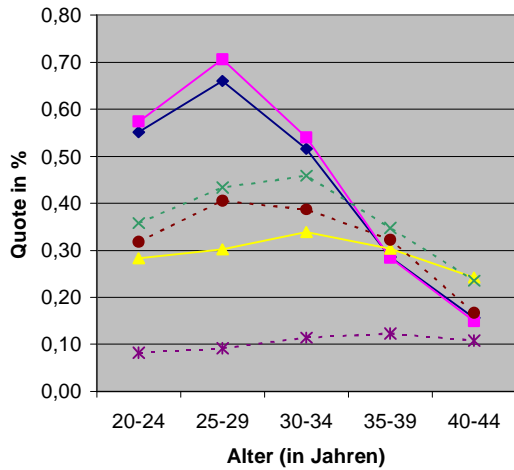


(a) Männer

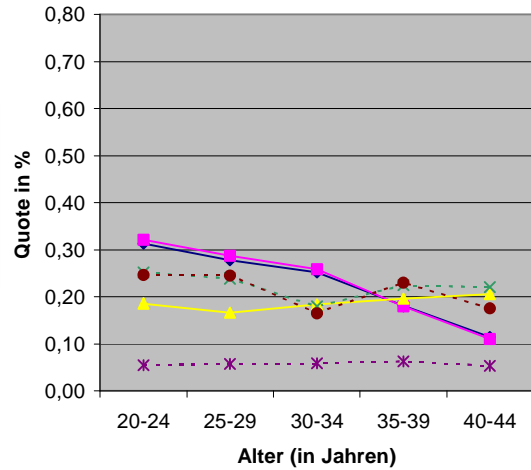
(b) Frauen

Ü Abb. A 12a/b: Quote aus der Anzahl von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Erkrankungen des Bewegungsapparates bei der Bundesagentur für Arbeit und der Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter nach Staatsangehörigkeit und Jahr. (Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Statistik der Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben – Rehabilitanden und der Beschäftigungsstatistik der BA)



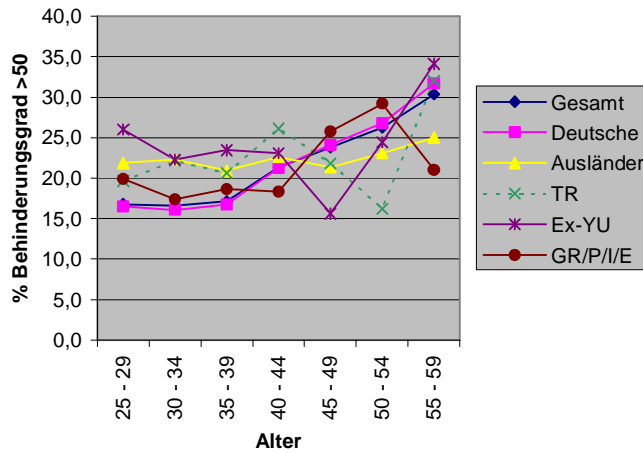


(a) Männer

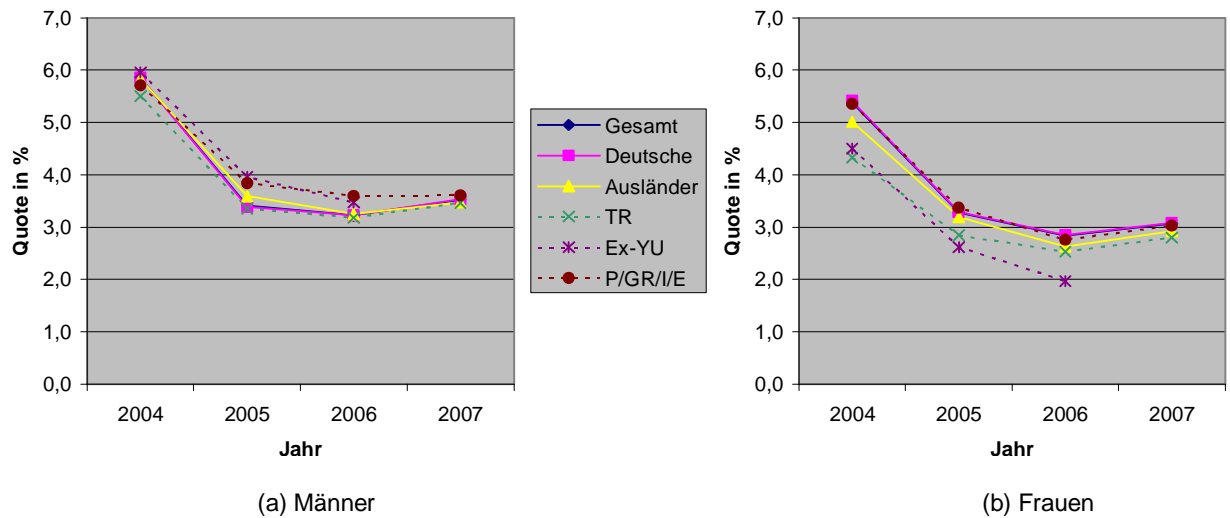


(b) Frauen

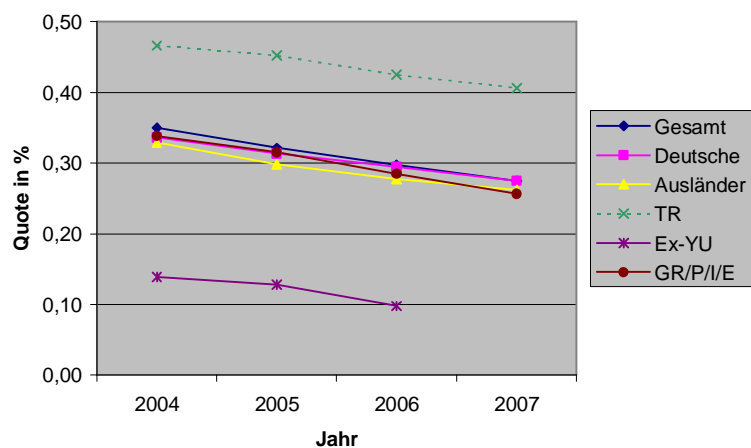
Ü Abb. A 13a/b: Quote aus der Anzahl von Rehabilitanden mit Erkrankungen des Bewegungsapparates bei der Bundesagentur für Arbeit und der Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter nach Staatsangehörigkeit und Alter, 2006, getrennt für (a) Männer und (b) Frauen. (Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Statistik der Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben - Rehabilitanden und der Beschäftigungsstatistik der BA)



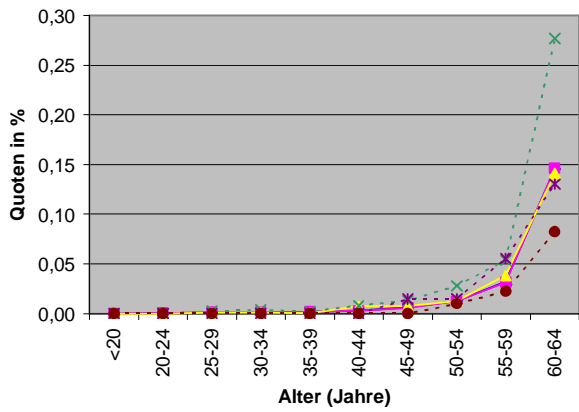
Ü Abb. A 14: Anteil von Männern mit einem Behinderungsgrad >50 an allen männlichen Rehabilitanden der Bundesagentur für Arbeit, nach Staatsangehörigkeit und Alter. (Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Statistik der Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben – Rehabilitanden der BA)



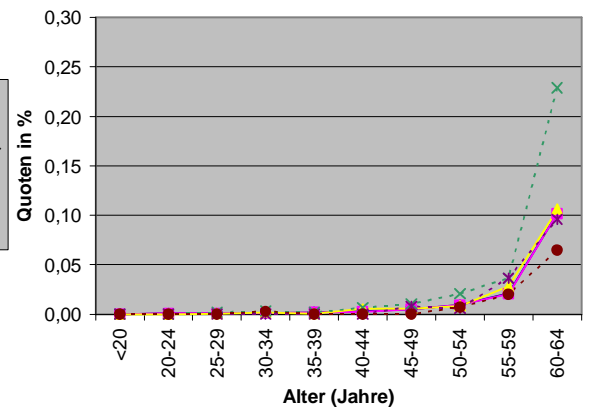
Ü Abb. A 15a/b: Quote aus der Anzahl von Einmündungen in ein Berufs-/Ausbildungsverhältnis oder eine Selbstständigkeit und der Anzahl aller Rehabilitandinnen bzw. Rehabilitanden bei der Bundesagentur für Arbeit nach Staatsangehörigkeit und Jahr. (Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Statistik der Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben - Rehabilitanden der BA)



Ü Abb. A 16: Quote aus der Anzahl von Rehabilitanden in Maßnahmen der Bundesagentur für Arbeit und der Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter nach Staatsangehörigkeit und Jahr (Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Statistik zur Förderung der Rehabilitation und der Beschäftigungsstatistik der BA)



(a) Männer



(b) Frauen

Ü Abb. A 17a/b: Quote aus der Anzahl neuer BK-Renten und der Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter nach Staatsangehörigkeit und Alter, 2007, Männer (a) und Gesamt (b). (Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Daten des Referats „Statistik - Arbeitsunfälle, Prävention“ der DGUV und der Beschäftigungsstatistik der BA)

# **Tabellenanhang**

Der Tabellenanhang liegt als separates Dokument diesem Bericht bei.

# **Anhang zur qualitativen Befragung**

Der Anhang zur qualitativen Befragung liegt als separates Dokument diesem Bericht bei.