

Arbeit, Migration und Gesundheit

Diversity Management in der Rehabilitation?

Prof. Dr. med. Oliver Razum

Dr. Patrick Brzoska

Bielefelder BGM-Fachtagung Diversity, 17.10.13

Überblick

1. Diversity-Merkmal Migrationshintergrund: Was wissen wir über die Gesundheit von MigrantInnen?
2. Teilhabechancen am Beispiel Rehabilitation bei MigrantInnen: gleicher Zugang, Nutzung und Ergebnisqualität?
3. Spezielle Gesundheitsdienste für MigrantInnen oder „Diversity Management“?

Es gibt nicht

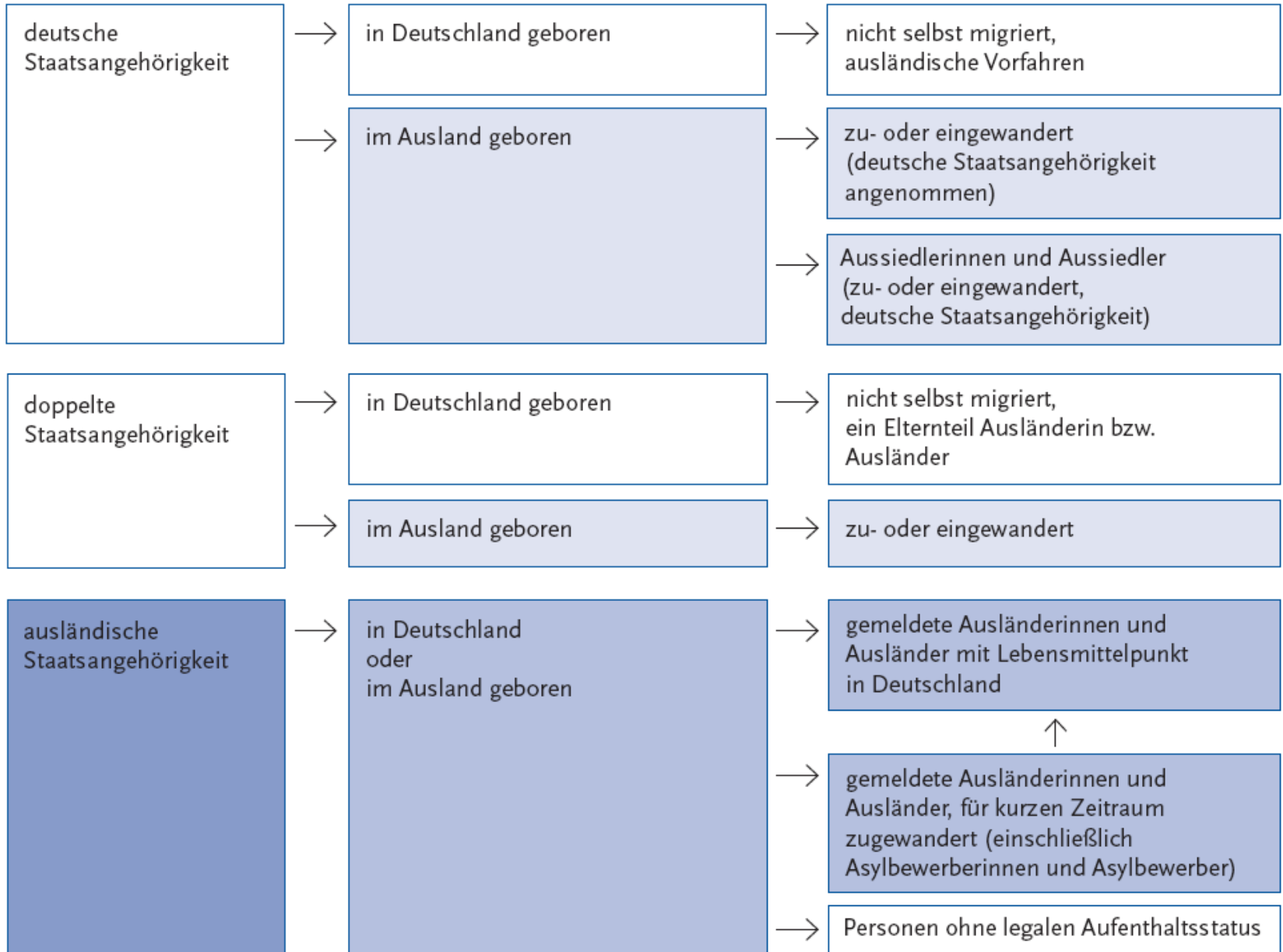
„*die* MigrantInnen“



„MigrantInnen“ in Deutschland

- 7,1 Mio. ausländische Staatsangehörige (2010):
9% der Bevölkerung
 - 15,7 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund
(Mikrozensus 2010):
19% der Bevölkerung
 - Türkische Staatsangehörige: 1,8 Mio.
(25% der ausländischen Bevölkerung)
 - (Spät-)Aussiedler: 3,3 Mio.
- Statist. Bundesamt 2011
- „Irreguläre“: geschätzt 150.000 - 1 Mio. (?)

Komplexer Migrationsstatus



„Migrationshintergrund – das
klingt wie Zylinderkopfdichtung“

Tuncay Acar

Gesundheits- berichterstattung



- Adäquates Bild vom Gesundheitszustand der Bevölkerung(sgruppen)
- Gesundheitsverhalten
- Gesundheitsrisiken
- Versorgungssituation
- Erfolge messen

- Regelfall: Analyse von Registerdaten, die zu anderem Zweck erhoben wurden
- Migrationsstatus nicht immer (präzise) erfasst



**Gleiche Teilhabechancen
und Erfolge?**

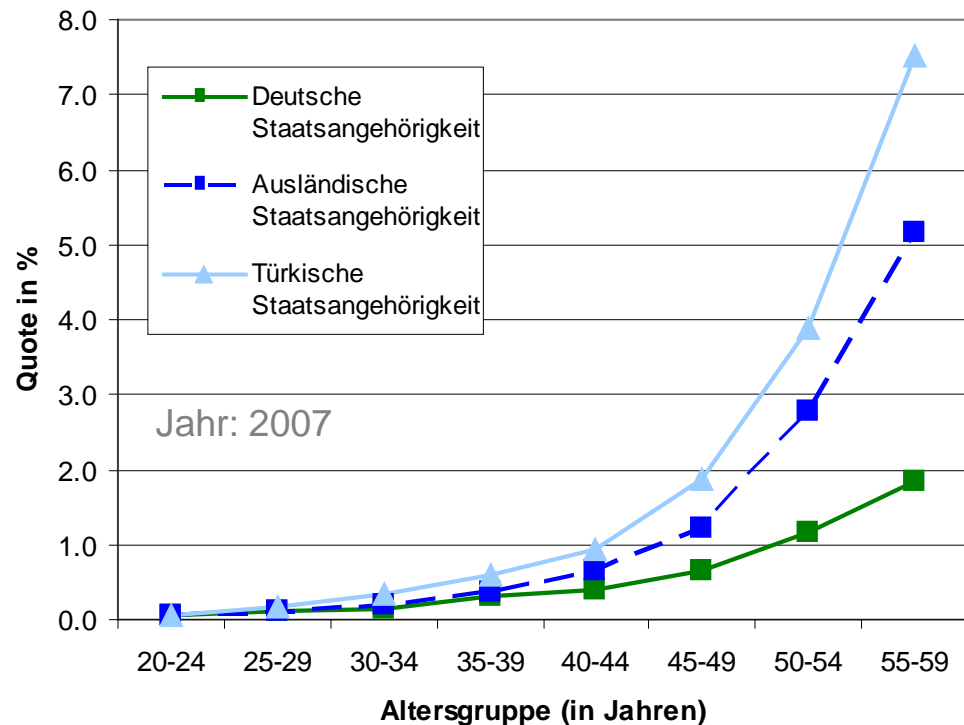
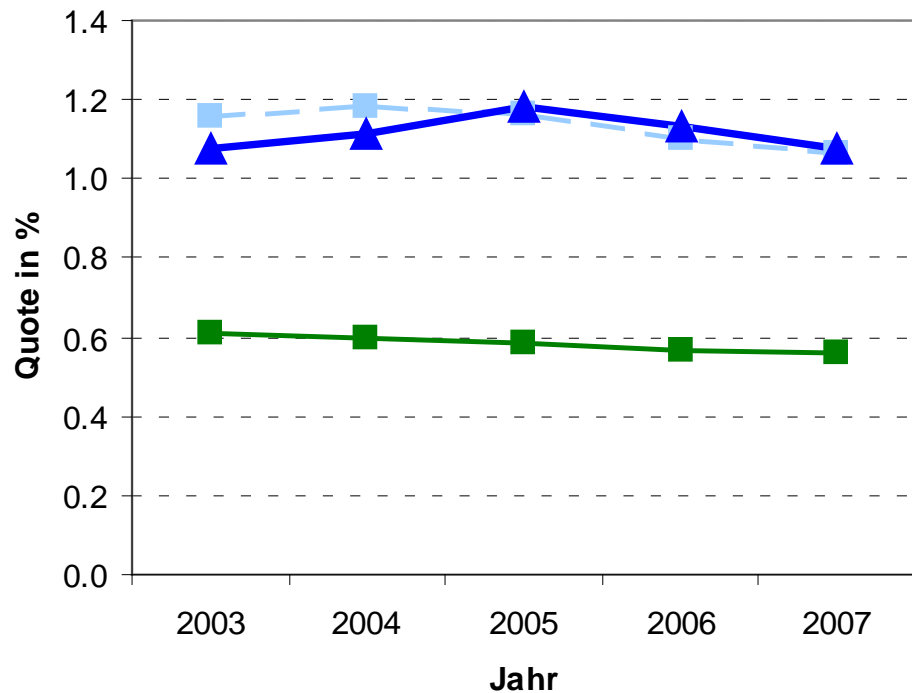
- **Akutversorgung**
 - Beispiel primärärztliche Versorgung
 - Beispiel Geburtshilfe
- **Primärprävention:** Krankheiten verhüten
 - Gesundheitsbildung und -beratung
 - arbeitsmedizinische Betreuung, Unfallverhütung
 - Impfungen
- **Sekundärprävention:** Krankheiten früh erkennen
 - Krebsvorsorge
 - Schwangerenvorsorge (Entwicklungsstörungen etc.)
- **Tertiärprävention:** Langzeitprognose chronischer Erkrankungen verbessern
 - medizinische Rehabilitation

(Medizinische) Rehabilitation

- Maßnahmen mit dem Ziel, chronisch Erkrankte und Behinderte in die Lage zu versetzen,
 - ein selbstbestimmtes und möglichst selbstständiges Leben zu führen und
 - an allen relevanten Lebens- und Gesellschaftsbereichen aktiv teilnehmen zu können.
- Meist nach Unfällen, Rückenerkrankungen, Herzinfarkt, Krebserkrankungen, psychiatrischen Erkrankungen

Erwerbsminderungsquoten bei MigrantInnen

nach Staatsangehörigkeit und Jahr bzw. Alter



Warum Migration und Rehabilitation?

- Migrantenbevölkerung altert
- Hohe Frühberentungsquoten
- Ansteigende Zahl von Rehabilitanden mit Migrationshintergrund, aber unterproportional zu Deutschen => **geringere Inanspruchnahme?**
- Hinweise auf schlechtere Reha-Ergebnisse => **geringerer Erfolg?**
- Datensätze: Sozio-ökonomisches Panel (SOEP), Daten der Deutschen Rentenversicherung (DRV)

SOEP



Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation

	Deutsche n=18.068	Ausländer n=1.453
Indikator	Mittelwert / Anteil	Mittelwert / Anteil
Geschlecht: Frauen	52,2%	50,9%
Männer	47,8%	49,1%
Alter	48,7 Jahre	43,9 Jahre
Bildung: hoch	21,0%	10,5%
mittel	38,3%	19,7%
niedrig	38,3%	63,9%
Beruf: Angestellte	42,1%	23,3%
Arbeiter	16,2%	34,3%
Trifft nicht zu	41,5%	42,3%
Nettoäquivalenzeinkommen	22.684€	17.655€
Inanspruchnahme		
Ja	4,7%	3,2%
Nein	94,7%	96,4%
Keine Angabe	0,6%	0,4%

SOEP-Daten 2002-2004

- 2004: Inanspruchnahme im Vorjahr
- 2002: Ausländerstatus, Migrationshintergrund, gesundheitliche und soziodemografische Variablen



Inanspruchnahme medizinischer Reha



- Reha-**Bedarf** bei AusländerInnen eindeutig **hoch**
- SOEP: **40% geringere Chance auf Inanspruchnahme** medizinischer Rehabilitation bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vorjahr (adjustiert für Alter, sozioökonomische Situation etc.)
- **Zugangsbarrieren** wahrscheinlich
- Wie sind die Reha-**Erfolge** bei ausländischen Rehabilitanden?

Leistungsfähigkeit nach Reha-Abschluss



Ergebnisse: Datenbeschreibung

Indikator	Deutsche n=603.352	Ausländer n=31.177	TR n=8.854	Ex-YU n=7.327	E/P/I/GR n=6.211
	Anteil/ Mittelwert	Anteil/ Mittelwert	Anteil/ Mittelwert	Anteil/ Mittelwert	Anteil/ Mittelwert
Geschlecht: Männer	51,3%	62,6%	63,2%	55,8%	66,7%
Alter (Jahre)	48,8	48,2	45,4	51,6	50,0
Verheiratet	60,1%	77,5%	80,5%	80,4%	77,3%
Arbeitslos	9,8%	13,5%	16,3%	10,8%	10,0%
Stellung: an-/ungelernt	15,7%	51,7%	57,8%	53,1%	53,1%
Diagnose: Skelettsystem	39,1%	46,2%	43,1%	51,7%	48,6%
Psych. Erkrank.	11,2%	14,5%	21,2%	14,5%	11,5%
Neubildungen	19,5%	9,9%	7,1%	10,3%	11,1%
AU-Zeiten: 3-6 Monate	10,9%	15,9%	17,3%	17,2%	16,5%
> 6 Monate	12,1%	19,0%	23,1%	19,1%	17,5%
Outcome					
Leistungsfähigkeit < 3h	15,5%	22,0%	23,0%	25,0%	19,6%

Leistungsfähigkeit nach Reha-Abschluss



Adjustierte Ergebnisse

(nach Staatsangehörigkeit; Odds Ratios)

AusländerInnen

Leistungsfähigkeit <3Std. im letzten Beruf

Unadjustiert

1,5

Adjustiert für Soziodemografie

1,4

*Adjustiert für Soziodemografie und
Gesundheitszustand/Diagnoseverteilung*

1,3

Werte über 1,0 zeigen ein **erhöhtes Risiko** an, nach Abschluss der Reha eine Leistungsfähigkeit von weniger als 3 Stunden im letzten Beruf zu erzielen

Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren?

- Verständigungsschwierigkeiten
- kulturelle Unterschiede? Sozialstatus?
- Einstellung der Einrichtungen

*„Ja, es ist halt so, dass man schon einfach guckt, um sich auch selber ein bisschen zu schützen und groß den Frust zu ersparen, dass man halt sich eher an die interessierten Leute wendet. [...] Ansonsten ist es eher so, dass die **nebenbei mitlaufen**. [...].“*

*„Ja, also, im Grunde würde ich am liebsten nichts anders machen, weil ich finde schon auch, dass die so eine **gewisse Bringpflicht** haben, **sich zu integrieren**.“*

*„Ich würde eigentlich eher dafür plädieren, dass man versucht mit den Leuten **so Deutsch wie möglich** umzugehen.“*

Reha: Schlussfolgerungen

SOEP



- Deutlich geringere Inanspruchnahme medizinischer Reha bei AusländerInnen / Menschen mit Migrationshintergrund
- Risiko geringer Leistungsfähigkeit im zuletzt ausgeübten Beruf bei Ausländern deutlich erhöht
- Unterschiede nicht allein durch soziodemografische und gesundheitliche Faktoren zu erklären
- Mögliche Ursachen für Zugangs-/Wirksamkeitsbarrieren: neben **migrationsspezifischen** auch **systembedingte** Faktoren



Wohin geht der Weg?

Schlussfolgerungen

Herausforderungen

- Deutliche Defizite bei Prävention und Versorgung: Hinweise auf Zugangsbarrieren für MigrantInnen und Probleme beim Übergang zwischen Versorgungsbereichen
- Leistungen von Gesundheitsdiensten und MigrantInnen anerkennen, aber:
- Vielen Angeboten fehlt **Diversity Management** (aktuelle Diskussion: migrationssensible vs. migrationsspezifische Angebote?)

„Exklusive“ Perspektive

- Behauptet grundsätzliche und gesundheitsrelevante Unterschiede MigrantInnen – Mehrheitsbevölkerung (Biologie, Lebenslauf, Kultur, Sprache)
- (Zu) viele Untergruppen: Flächendeckung? Qualitätssicherung?
- „Kulturalisierung“ sozioökonomischer Ursachen
- Stigmatisierung

„Inkludierende“ Perspektive

- Eingehen auf unterschiedliche Bedürfnisse und Bedarfe (Ansätze vorhanden!)
- Erkennt Ähnlichkeit von „schichtspezifischen“ und „migrationsspezifischen“ Problemen
- „Rechte statt Mitleid“
- Benachteiligte Gruppen nicht mehr als solche erkannt / wahrgenommen

Migrationssensibel statt -spezifisch?

- Bevölkerung mit unterschiedlichen Bedürfnissen: „Neue Normalität“ statt „Migrationshintergrund vs. einheimisch“
- *Diversity Management*: selbst-reflektierender Umgang mit (nicht nur ethnisch!) „Fremdem“. *Prozess*, nicht einmalige Aktivität!
- Spezielle Dienste nur z. B. für Folteropfer
- Strukturelle Veränderungen, nicht nur im Gesundheitsbereich (*social determinants*)

Prof. Dr. med. Oliver Razum

Dekan

Fakultät für Gesundheitswissenschaften

AG Epidemiologie & International Public Health

Universität Bielefeld

Postfach 10 01 31, 33501 Bielefeld

Tel: + 49 (0)521 106 3837

E-Mail: oliver.razum@uni-bielefeld.de